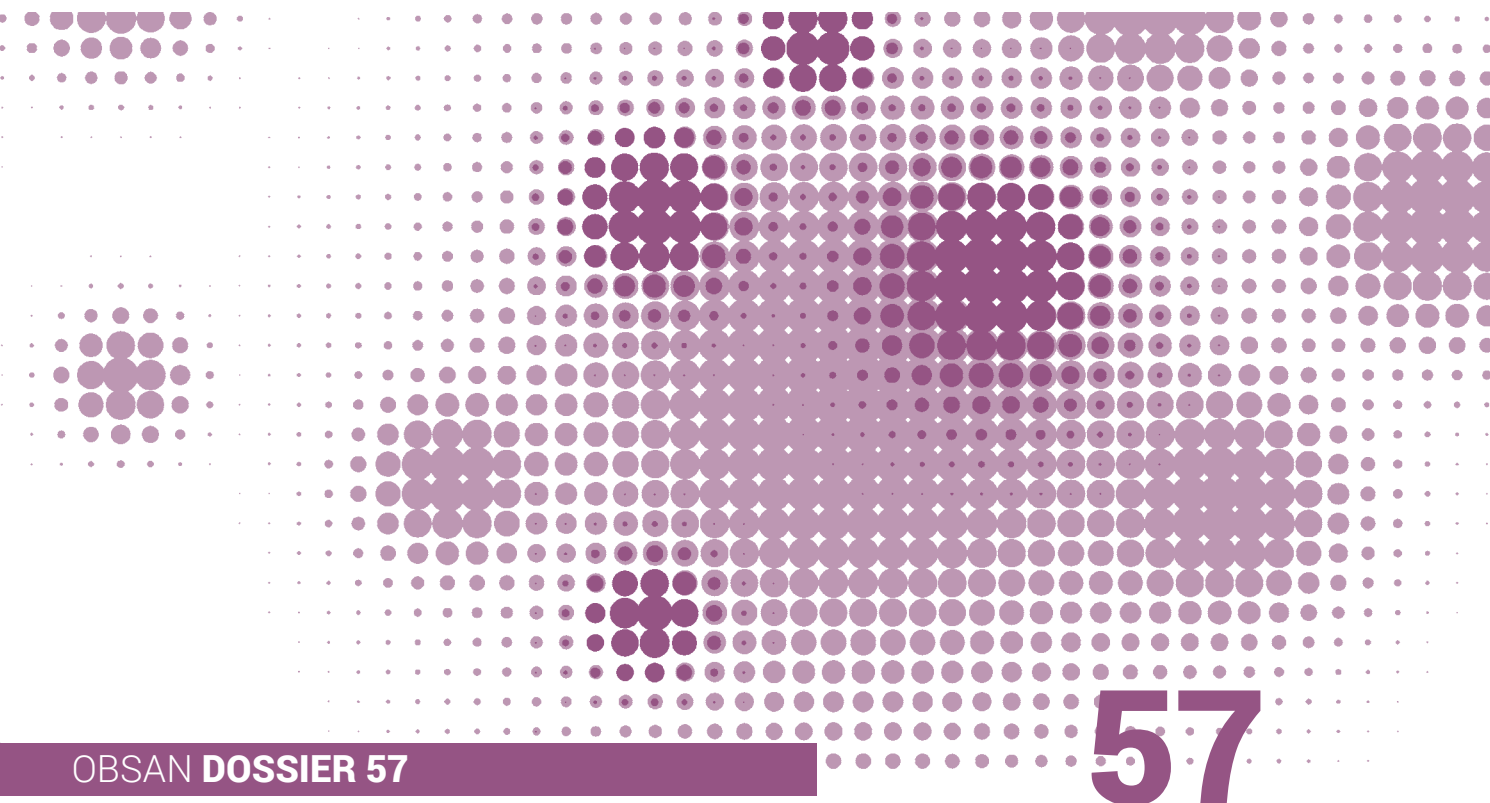




Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory



OBSAN **DOSSIER 57**

57

Soins intégrés en Suisse

Résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016)

Séverine Schusselé Filliettaz, Dimitri Kohler, Peter Berchtold, Isabelle Peytremann-Bridevaux

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Séverine Schusselé Fillietaz, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne
- Dimitri Kohler, Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel
- Peter Berchtold, Forum Managed Care (FMC), Berne
- Isabelle Peytremann-Bridevaux, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne

Avec la collaboration de

- Flurina Naef, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Lea von Wartburg, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction du projet à l'Obsan

Monika Diebold

Série et numéro

Obsan Dossier 57

Référence bibliographique

Schusselé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P. & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). *Soins intégrés en Suisse*. Résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016) (Obsan Dossier 57). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Langue du texte original

Français

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

en Suisse

Numéro de la publication

1038-1701-05

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch → Publications (gratuit)

Ce document est disponible uniquement sous forme électronique.

ISBN

978-2-940502-65-3

© Obsan 2017

Soins intégrés en Suisse

Résultats de la 1^{re} enquête (2015–2016)

Auteurs	Séverine Schusselé Filliettaz Dimitri Kohler Peter Berchtold Isabelle Peytremann-Bridevaux
Editeur	Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2017

Table des matières

Remerciements	6
Résumé	7
Zusammenfassung	8
1 Introduction	9
2 Méthodologie	11
2.1 Sélection des initiatives de soins intégrés	11
2.1.1 Critères d'inclusion	11
2.1.2 Critères d'exclusion	12
2.1.3 Processus décisionnel pour les cas incertains	12
2.2 Processus d'identification des initiatives de soins intégrés	12
2.2.1 Processus utilisés pour joindre les personnes de contact	13
2.3 Identification des données d'intérêt et collecte	13
2.3.1 Éléments retenus pour la collecte de données	13
2.3.2 Collecte des données	13
2.4 Analyses statistiques	14
3 Résultats	15
3.1 Processus de collecte des données	15
3.2 Résultats globaux	16
3.2.1 Répartition géographique	16
3.2.2 Mise en œuvre des initiatives: évolution chronologique	17
3.2.3 Structures ou professions à l'origine des initiatives de soins intégrés	17
3.2.4 Financement des soins intégrés	17
3.2.5 Niveaux intégrés par les initiatives	18
3.2.6 Cibles des initiatives	19
3.2.7 Objectifs des initiatives	19
3.2.8 Prestations offertes aux patients	20
3.2.9 Implication des patients	22
3.2.10 Professionnels impliqués	22
3.2.11 Soutien aux professionnels	24
3.2.12 Systèmes d'information	24
3.2.13 Perceptions des répondants	25
3.2.14 Gouvernance des initiatives	28
3.2.15 Évaluation des initiatives	28
3.3 Résultats en fonction des catégories d'initiatives	29
3.3.1 Répartition des différentes catégories d'initiatives	29
3.3.2 Répartition des catégories entre la Suisse latine et la Suisse alémanique	29
3.3.3 Groupes cibles des initiatives, par catégorie	30
3.3.4 Objectifs des initiatives, par catégorie	31
3.3.5 Sources de financement, par catégorie	32
3.3.6 Niveaux de soins intégrés ciblés, par catégorie	32
3.3.7 Professionnels impliqués, par catégorie	33
3.4 Éléments du <i>Chronic Care Model</i> présents dans les initiatives	35
3.5 Résultats des sous-programmes	38

4	Conclusion	41
4.1	Résumé des résultats principaux	41
4.2	Forces et limites de l'enquête	42
4.3	Discussion et perspectives	42
5	Bibliographie	44
6	Annexes	46
Annexe 6.1	Complément concernant l'application du protocole	46
Annexe 6.2	Questionnaire utilisé pour la récolte de données en ligne	47
Annexe 6.3	Chronic Care Model (CCM)	62
Annexe 6.4	Contacts effectués pour la sélection des initiatives	64
Annexe 6.5	Tableau synthétique des initiatives incluses	67
Annexe 6.6	Détails des regroupements	67
Annexe 6.7	Paires de niveaux de soins dont les répondants cherchent à améliorer l'intégration	68
Annexe 6.8	Niveaux de soins avec lesquels les initiatives cherchent à améliorer l'intégration, par catégorie	72
Annexe 6.9	Implication des professionnels, par paires	75
Annexe 6.10	Implication des groupes professionnels, par catégorie	79

Table des figures

Figure 2.1	The Chronic Care Model	14
Figure 3.1	Diagramme de flux du processus de sélection des initiatives de soins intégrés	15
Figure 3.2	Nombre absolu d'initiatives par canton (n=155)	16
Figure 3.3	Nombre relatif d'initiatives par canton, par 100'000 habitants (n=155)	16
Figure 3.4	Évolution chronologique cumulée du nombre d'initiatives de soins intégrés (n=150)	17
Figure 3.5	Structures ou professions à l'origine des initiatives, % des initiatives (n=154)	17
Figure 3.6	Source de financement des initiatives, % des initiatives (n=150)	18
Figure 3.7	Groupes cibles des initiatives, % des initiatives (n=155)	19
Figure 3.8	Groupes de patients ciblés, % des initiatives (n=154)	19
Figure 3.9	Objectifs ciblés par les initiatives, % des initiatives (n=155)	20
Figure 3.10	Prestations proposées aux patients, % des initiatives (n=153)	21
Figure 3.11	Mesures visant à impliquer les patients, % des initiatives (n=140 à 142)	22
Figure 3.12	Groupes de professionnels impliqués, % des initiatives (n=155)	22
Figure 3.13	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les travailleurs sociaux, % des initiatives (n=155)	23
Figure 3.14	Interventions visant à soutenir les professionnels, % des initiatives (n=150)	24
Figure 3.15	Systèmes d'information utilisés, % des initiatives (n=153)	25
Figure 3.16	Perceptions concernant la collaboration entre prestataires de soins, % des initiatives (n=144 à 153)	26
Figure 3.17	Perceptions concernant les obstacles à l'implication des patients, % des initiatives (n=136 à 149)	27
Figure 3.18	Perception des améliorations obtenues, % des initiatives (n=115 à 152)	27
Figure 3.19	Parties impliquées dans la gouvernance, % des initiatives (n=155)	28
Figure 3.20	Éléments évalués, % des initiatives (n=136)	28
Figure 3.21	Nombre d'initiatives par catégorie (n=155)	29
Figure 3.22	Nombre d'initiatives par région et par catégorie (n=155)	30
Figure 3.23	Groupes cibles, % des initiatives par catégorie (n=154)	30
Figure 3.24	Détails des groupes de patients ciblés, % des initiatives de la catégorie « Groupes cibles spécifiques » (n=51)	31
Figure 3.25	Objectifs, % des initiatives par catégorie (n=155)	31
Figure 3.26	Fréquence des trois principales sources de financement, % des initiatives par catégorie (n= 150)	32
Figure 3.27	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Réseaux de médecins » (n=9)	33
Figure 3.28	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Centres de santé » (n=20)	33
Figure 3.29	Groupes professionnels impliqués, nombre médian par initiative et par catégorie (n=155)	34
Figure 3.30	Initiatives impliquant des travailleurs sociaux, % par catégorie (n=155)	34
Figure 3.31	Initiatives impliquant des médecins, % par catégorie (n=155)	34
Figure 3.32	Organisation des prestations, % d'initiatives, par catégorie (n=154)	35
Figure 3.33	Soutien à la décision clinique, % d'initiatives, par catégorie (n=154)	36
Figure 3.34	Systèmes d'information clinique, % d'initiatives, par catégorie (n=154)	36
Figure 3.35	Soutien à l'autonomie des patients, % d'initiatives, par catégorie (n=154)	37
Figure 3.36	Objectifs visés, sous-programmes du PCD (n=7)	38
Figure 3.37	Interventions visant à soutenir les professionnels, sous-programmes du PCD (n=7)	39
Figure 3.38	Mesures visant à impliquer les patients, sous-programmes du PCD (n=7)	39
Figure 3.39	Sources de financement, sous-programmes du PCD (n=7)	40
Figure 6.1	Emails / newsletters envoyés, par région (n=853)	64
Figure 6.2	Entretiens téléphoniques menés, par canton (n=599)	64
Figure 6.3	Entretiens téléphoniques menés, par type de structures (n=599)	65
Figure 6.4	Intégration du niveau « Aide et soins à domicile » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	68
Figure 6.5	Intégration du niveau « Famille / proches aidants » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	68
Figure 6.6	Intégration du niveau « Hospitalisation pour soins aigus » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	68
Figure 6.7	Intégration du niveau « Pharmacies » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	69
Figure 6.8	Intégration du niveau « Réadaptation / réhabilitation » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	69
Figure 6.9	Intégration du niveau « Service communautaires et sociaux » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	69
Figure 6.10	Intégration du niveau « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	70

Figure 6.11	Intégration du niveau « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	70
Figure 6.12	Intégration du niveau « Soins d'urgence » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	70
Figure 6.13	Intégration du niveau « Soins de longue durée / EMS » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	71
Figure 6.14	Intégration du niveau « Soins de premier recours dispensés par un médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	71
Figure 6.15	Intégration du niveau « Soins de premier recours dispensés par un non médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)	71
Figure 6.16	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Groupes cibles spécifiques » (n=52)	72
Figure 6.17	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Transition & coordination » (n=25)	72
Figure 6.18	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Médicaments » (n=8)	73
Figure 6.19	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Santé mentale & psychiatrie » (n=41)	73
Figure 6.20	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Réseaux de médecins » (n=9)	74
Figure 6.21	Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Centres de santé » (n=20)	74
Figure 6.22	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les assistantes médicales, Suisse (2016, n=155)	75
Figure 6.23	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les diététiciennes, Suisse (2016, n=155)	75
Figure 6.24	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les ergothérapeutes, Suisse (2016, n=155)	75
Figure 6.25	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les physiothérapeutes, Suisse (2016, n=155)	76
Figure 6.26	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières en soins généraux, Suisse (2016, n=155)	76
Figure 6.27	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières spécialisées, hors pratique avancée, Suisse (2016, n=155)	76
Figure 6.28	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières de pratique avancée, non spécialisées, Suisse (2016, n=155)	77
Figure 6.29	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières de pratiques avancée, spécialisées, Suisse (2016, n=155)	77
Figure 6.30	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les médecins internistes / généralistes / médecins de famille, Suisse (2016, n=155)	77
Figure 6.31	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les médecins spécialistes, Suisse (2016, n=155)	78
Figure 6.32	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les pharmaciens, Suisse (2016, n=155)	78
Figure 6.33	Paires de groupes professionnels impliquant au moins les travailleurs sociaux, Suisse (2016, n=155)	78
Figure 6.34	Initiatives impliquant des assistantes médicales, % par catégorie (n=155)	79
Figure 6.35	Initiatives impliquant des physiothérapeutes / diététiciennes / ergothérapeutes, % par catégorie (n=155)	79
Figure 6.36	Initiatives impliquant des infirmières, % par catégorie (n=155)	79
Figure 6.37	Initiatives impliquant des médecins, % par catégorie (n=155)	80
Figure 6.38	Initiatives impliquant des pharmaciens, % par catégorie (n=155)	80
Figure 6.39	Initiatives impliquant des travailleurs sociaux, % par catégorie (n=155)	80

Table des tableaux

Tableau 1.1	Soins intégrés: différentes perspectives et différentes définitions	9
Tableau 2.1	Catégorisation des initiatives (n=155)	14
Tableau 3.1	Paires de niveaux de soins intégrés, % des initiatives (n=148)	18
Tableau 3.2	Paires de groupes professionnels impliqués dans au moins un tiers des initiatives (n=155)	23
Tableau 3.3	Combinaisons incluant au moins les professionnels suivants, % des initiatives (n=155)	23
Tableau 3.4	Initiatives incluant des combinaisons de groupes professionnels avec au moins des médecins et d'autres professionnels, % des initiatives (n=155)	24
Tableau 3.5	Éléments du <i>Chronic Care Model</i> présents dans les initiatives, % des initiatives (n=154)	35
Tableau 6.1	Correspondances entre les éléments du Chronic Care Model et les détails des réponses fournies par les initiatives, % des initiatives, total et par catégorie (n=154)	62
Tableau 6.2	Liste des structures/organisations « nationales / régionales » contactées	66
Tableau 6.3	Regroupements des objectifs visés par les initiatives	67
Tableau 6.4	Regroupements des groupes professionnels impliqués dans les initiatives	67

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes et toutes les institutions qui ont accepté de participer à cette enquête, en partageant avec nous leur expérience dans le domaine des soins intégrés, et/ou en nous relayant vers d'autres structures.

Nous remercions également Mesdames Lea von Wartburg et Flurina Naef de l'Office Fédéral de la Santé Publique pour leur relecture attentive et leurs précieuses suggestions.

Résumé

La fragmentation des soins et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques mettent les systèmes de santé sous pression. Pour y répondre, des approches de soins intégrés sont recommandées et de nombreuses initiatives dans ce domaine ont vu le jour en Suisse comme ailleurs.

Initié par le Forum Managed Care (FMC), l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), le projet présenté dans ce rapport a pour objectif de répertorier de manière détaillée l'ensemble des initiatives (organisations, réseaux, modèles, programmes, etc.) ciblant l'intégration des soins de santé et actives sur le territoire suisse durant la période étudiée. La cartographie ainsi obtenue, de même que les caractéristiques de ces initiatives, contribueront à une meilleure compréhension des activités de soins intégrés existantes, à l'amélioration de leur visibilité ainsi qu'au partage d'expériences.

Afin de répondre à ces objectifs, une enquête a été menée sur tout le territoire suisse entre juillet 2015 et juillet 2016. Pour être éligibles, les initiatives recherchées devaient répondre aux quatre critères suivants: 1) formalisation des principes d'intégration; 2) intégration/coordination d'au moins deux niveaux de services de santé; 3) participation d'au moins deux groupes de professionnels de santé différents; 4) en activité au moment de l'enquête. Afin d'être le plus exhaustifs possible, nous avons systématiquement contacté les principaux acteurs du système de santé suisse, aussi bien au niveau national qu'au niveau cantonal ou local: les prestataires de soins, les financeurs, les autorités, les structures de formation et de recherche, ainsi que les organisations professionnelles et communautaires. Un questionnaire en ligne auto-administré a ensuite été proposé aux responsables des initiatives éligibles afin de collecter notamment les informations suivantes: contexte, groupes cibles, professionnels impliqués, services proposés, niveaux intégrés, financement, évaluation.

Nous avons ainsi effectué 853 contacts qui nous ont permis d'identifier 172 initiatives de soins intégrés répondant aux quatre critères d'éligibilité. Un taux de réponse aux questionnaires de plus de 94% nous a permis de disposer des données concernant 162 initiatives.

Ces initiatives ont été réparties a posteriori dans les six catégories suivantes: les « Centres de santé », des « Réseaux de médecins », les initiatives ciblant avant tout la « Santé mentale & psychiatrie », celles destinées à d'autres « Groupes cibles spécifiques », les initiatives centrées sur les « Médicaments », et enfin celles axées sur des activités de « Transition & coordination ».

Parmi les nombreux résultats présentés dans ce rapport, évoquons ici les aspects suivants:

- La mise en œuvre de soins intégrés connaît une accélération depuis quelques années : 50% des 162 initiatives incluses ont été lancées entre 2010 et 2016.
- En moyenne, près de cinq groupes de professionnels différents sont impliqués dans les initiatives.
- Les initiatives de soins intégrés en Suisse présentent une hétérogénéité et une diversité intéressantes.
- Des différences existent entre les régions linguistiques de notre pays: les « Réseaux de médecins » et les « Centres de santé » sont plus nombreux en Suisse alémanique, tandis que les initiatives axées sur les « Groupes cibles spécifiques », les « Médicaments » et les activités de « Transition & coordination » sont plus fréquentes dans la partie latine du pays.
- Parmi les nombreuses différences entre les catégories d'initiatives, on peut noter que les « Centres de santé » rapportent l'intégration la plus large, alors que les projets autour des « Médicaments » reflètent l'intégration la plus limitée.
- Ce sont les « Centres de santé » qui impliquent le plus grand nombre de groupes professionnels.

La force de cette première Enquête suisse sur les soins intégrés réside avant tout dans la recherche systématique d'initiatives de soins intégrés auprès de tous les principaux acteurs du système de santé helvétique. Cette systématique nous a permis d'obtenir une cartographie complète des soins intégrés en Suisse. La principale limite de cette enquête est liée à l'utilisation d'une définition opérationnelle pour les « soins intégrés ».

Malgré un système fédéraliste qui contribue à la fragmentation des soins, et malgré des incitatifs limités pour le développement des soins intégrés, les initiatives identifiées en Suisse sont remarquablement nombreuses, diversifiées et réparties dans tout le pays. La catégorisation des initiatives reflète par ailleurs une hétérogénéité dans leur répartition entre les différentes régions linguistiques.

Les résultats de l'Enquête suisse sur les soins intégrés devraient non seulement contribuer à valoriser les institutions et les individus déjà actifs dans ce domaine, mais aussi à soutenir les différents acteurs du système de santé dans la promotion, le développement, l'évaluation et le soutien des soins intégrés en Suisse.

Zusammenfassung

Die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung und die zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten setzen die Gesundheitssysteme unter Druck. Vor diesem Hintergrund sind in der Schweiz wie im Ausland in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen entstanden, um die Patientenversorgung stärker zu koordinieren und abzustimmen. Das in diesem Bericht vorgestellte Projekt wurde vom Forum Managed Care, vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Lausanne) und vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) lanciert. Das Ziel war, eine detaillierte «Landkarte» aller Initiativen zur integrierten Gesundheitsversorgung (Organisationen, Netzwerke, Modelle, Programme usw.) in der Schweiz zu erarbeiten. Anhand dieser Landkarte und der Merkmale der Initiativen sollen die bestehenden Aktivitäten der integrierten Versorgung sichtbar gemacht, ihr Bekanntheitsgrad erhöht und der Erfahrungsaustausch gefördert werden.

Die gesamtschweizerische Erhebung wurde zwischen Juli 2015 und Juli 2016 durchgeführt. Zur Teilnahme an der Erhebung wurden Initiativen eingeladen, die die vier folgenden Kriterien erfüllen: 1) Die Integrationsprinzipien sind formalisiert; 2) mindestens zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung sind integriert/koordiniert; 3) mindestens zwei Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen sind beteiligt; 4) die Initiativen sind im Zeitpunkt der Erhebung aktiv. Um möglichst vollständige Ergebnisse zu erhalten, wurden die wichtigsten Akteure im Schweizer Gesundheitswesen auf nationaler, kantonaler und lokaler Ebene systematisch kontaktiert: Leistungserbringer, Finanzierungsträger, Behörden, Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen sowie Fach- und gemeindenahe Organisationen. Die Initiativen, die für eine Teilnahme an der Erhebung qualifizierten, erhielten anschliessend einen Link zu einem Online-Fragebogen, der Fragen zu Kontext, Zielgruppen, beteiligten Fachpersonen, Leistungsangebot, integrierten Ebenen, Finanzierung und Evaluation enthielt.

Aus den insgesamt 853 Kontaktnahmen wurden 172 Initiativen der integrierten Versorgung identifiziert, die die vier Kriterien für eine Teilnahme an der Erhebung erfüllen. Dank einer ausgesprochen hohen Rücklaufquote von über 94% konnten Daten zu 162 Initiativen gesammelt werden.

Jede der 162 Initiativen wurde nachträglich einer der folgenden sechs Kategorien zugeordnet: «Gesundheitszentren», «Ärztennetzwerke», Initiativen mit Zielbereich «psychische Gesundheit & Psychiatrie», solche für «andere spezifische Zielgruppen», Initiativen in den Bereichen «Medikamente» sowie «Übergänge & Koordination».

Folgende Punkte fassen die Ergebnisse zusammen:

- Die Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz beschleunigt sich seit einigen Jahren stark. 50% der 162 Integrationsinitiativen wurden zwischen 2010 und 2016 lanciert.
- Im Durchschnitt sind an einer Initiative rund fünf Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen beteiligt.
- Die Initiativen der integrierten Versorgung zeichnen sich durch eine grosse Vielfalt aus.
- Zwischen den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz sind Unterschiede auszumachen: In der Deutschschweiz gibt es mehr Ärztenetzwerke und Gesundheitszentren, in der lateinischen Schweiz hingegen sind Initiativen häufiger, die auf spezifische Zielgruppen, auf Medikamente und auf die Koordination bestimmter Übergänge ausgerichtet sind.
- Zwischen den Kategorien der Initiativen bestehen ebenfalls zahlreiche Unterschiede. So integrieren zum Beispiel Gesundheitszentren die meisten Versorgungsebenen, während die medikamentenbezogenen Projekte diesbezüglich am engsten gefasst sind. Das grösste Spektrum von Gesundheitsfach- bzw. Berufsgruppen ist in Gesundheitszentren anzutreffen.

Diese Schweizer Erhebung zur integrierten Versorgung erhebt erstmals systematisch Initiativen der integrierten Versorgung bei allen wichtigsten Akteuren des Schweizer Gesundheitswesens. Aus dieser systematischen Erhebung lässt sich eine Landkarte der integrierten Versorgung in der Schweiz erstellen. Erschwert wurde die Erhebung durch das Fehlen einer allgemeingültigen und international anerkannten Definition der integrierten Versorgung.

Eindrücklichstes Ergebnis ist sicher, dass trotz des föderalistischen Systems, das die Fragmentierung der Gesundheitsversorgung begünstigt, und trotz der ungenügenden Anreize zur Förderung der integrierten Versorgung in der Schweiz bemerkenswert viele, unterschiedliche und auf alle Regionen verteilte Initiativen existieren. Unsere Kategorisierung der Initiativen unterstreicht deren Vielfalt und die Unterschiede zwischen den Sprachregionen.

Die Ergebnisse der Schweizer Erhebung zur integrierten Versorgung sollen nicht nur dazu beitragen, den in diesem Bereich tätigen Einrichtungen und Personen Einblicke und Übersicht zu verschaffen, sondern auch die verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens bei der Förderung, der Weiterentwicklung und der Evaluation von integrierter Versorgung zu unterstützen.

1 Introduction

Les progrès socio-économiques et technologiques notamment, contribuent à l'augmentation de l'espérance de vie et au vieillissement de la population. Même si une grande partie de la population est en bonne santé, la prévalence des maladies chroniques - voire de plusieurs maladies chroniques concomitantes (multimorbidité) - met les systèmes de santé sous pression. Ces derniers doivent s'adapter pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de personnes présentant une ou des maladies chroniques ainsi que des problématiques bio-psycho-sociales multiples et/ou complexes, tout en continuant à répondre aux problématiques aiguës.

Les modèles développés pour permettre de répondre de manière holistique aux besoins (Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Nolte & McKee, 2008) nécessitent l'adaptation de plusieurs éléments du système de santé de manière à contrebalancer la raréfaction des ressources, la tendance à la fragmentation des prises en charge, tout comme la faiblesse relative des soins de santé primaire constatés dans de nombreux contextes (Goodwin, 2016; OECD / WHO, 2011; van der Heide et al., 2015; World Health Organization, 2008). Ces adaptations sont susceptibles d'affecter - et d'être affectées par - la gouvernance, les ressources, la formation, les rôles des acteurs, les modes de collaboration et de communication, les technologies de l'information, etc. dans un même but, celui de l'amélioration de l'« intégration des soins ».

L'intérêt des soins intégrés réside, de manière schématique, dans l'amélioration de trois axes: améliorer la qualité des soins (expérience des utilisateurs, satisfaction, confiance), améliorer la santé des individus et des populations (morbidity, mortalité, qualité de vie, réduction des événements indésirables), et enfin amélioration de l'efficacité du système de santé (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008; Goodwin, 2016; IHI, 2017).

Ce concept d'intégration des soins fait l'objet de nombreuses définitions dont aucune ne fait consensus à l'heure actuelle. Récemment, il a été proposé (Goodwin, 2016) d'en utiliser plusieurs afin de refléter les différentes perspectives. Nous reprenons cette approche dans le Tableau 1.1.

Tableau 1.1 Soins intégrés: différentes perspectives et différentes définitions

(Waddington & Egger, 2008) ¹	« Par services de santé intégrés et centrés sur la personne, on entend la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. »
(D.L. Kodner & Spreeuwenberg, 2002) ²	« [...] integration is a coherent set of methods and models on the funding, administrative, organisational, service delivery and clinical levels designed to create connectivity, alignment and collaboration within and between the cure and care sectors. The goal of these methods and models is to enhance quality of care and quality of life, consumer satisfaction and system efficiency for patients with complex, long term problems cutting across multiple services, providers and settings. The result of such multi-pronged efforts to promote integration for the benefit of these special patient groups is called 'integrated care. »
(Singer et al., 2011) ³	« [Integrated care is] patient care that is coordinated across professionals, facilities, and support systems; continuous over time and between visits; tailored to the patients' needs and preferences; and based on shared responsibility between patient and caregivers for optimizing health. »
(National Voices & Think Local Act Personal, 2013) ⁴	« [Integrated care means person centered coordinated care:] I can plan my care with people who work together to understand me and my carer(s), allow me control, and bring together services to achieve the outcomes important to me. »

¹ Traduction en français tirée de www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/ (consulté le 20/01/2017)

² Traduction libre (SSF): « [Une approche intégrée] consiste en un ensemble de méthodes et de modèles tenant compte des aspects financiers, administratifs et organisationnels, comme des prestations de soins et des éléments cliniques, et visant à favoriser une interconnexion, une articulation et une collaboration entre et à l'intérieur des secteurs sanitaires et sociaux. L'objectif de cette approche est d'améliorer la qualité des soins, la qualité de vie, la satisfaction des consommateurs ainsi que l'efficacité du système pour les patients présentant des problèmes complexes et chroniques, pris en charge par de multiples services, prestataires et contextes. On appelle « soins intégrés » le résultat de ces efforts à facettes multiples destinés à promouvoir l'intégration pour ces groupes de patients spécifiques. »

³ Traduction libre (SSF): « [Les soins intégrés] sont des soins aux patients qui sont coordonnés entre les professionnels, entre les structures et entre les systèmes de soutien, qui sont continus dans le temps et entre les consultations, qui sont ajustés aux besoins et aux préférences des patients, et qui reposent sur une responsabilité partagée entre les soignants et le patient pour optimiser la santé de ce dernier. »

⁴ Traduction libre (SSF): « [Une approche de soins intégrés offre des soins coordonnés et centrés sur la personne ; cela signifie que] je peux planifier mes soins avec des personnes qui travaillent ensemble dans le but de me comprendre et de comprendre mon/mes proche(s) aidant(s), de me rendre maître de la situation, d'articuler les différents services de manière à obtenir des résultats importants pour moi. »

Reflète de cette hétérogénéité conceptuelle, l'élaboration d'une typologie définitive des initiatives de soins intégrés, de même que leur évaluation, la généralisation de leurs résultats et l'identification des composants à prioriser dans leur mise en œuvre sont des exercices difficiles (Denis L. Kodner, 2009; D.L. Kodner & Spreeuwenberg, 2002; P. Valentijn et al., 2015; P. P. Valentijn, 2016). Néanmoins, la pertinence d'une approche d'intégration des soins est reconnue scientifiquement (Martínez-González, Berchtold, Ullman, Busato, & Egger, 2014). Afin de comprendre et accompagner cette évolution, des états des lieux des initiatives d'intégration des soins ont donc été menés à bien dans différents contextes (van der Heide et al., 2015).

En Suisse, une évolution du système de santé vers une plus grande intégration des soins est également recommandée par différents acteurs (Dialogue de la politique nationale de la santé, 2013; Lauvergeon & Peytremann-Bridevaux, 2012; OECD / WHO, 2011; Schibli & Hodel, 2012). Des recherches ont d'ores et déjà permis de documenter l'existence d'initiatives visant l'intégration des soins en Suisse, selon deux axes particuliers: les réseaux de médecins & HMO (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011), ainsi que les programmes ciblant des maladies chroniques (Ebert, Peytremann-Bridevaux, & Senn, 2015; Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009). Les discussions et questionnements entre professionnels de santé du terrain suggèrent toutefois l'existence d'une variété d'autres initiatives, sans visibilité large.

Dans ce contexte, le Forum Managed Care (FMC), l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) et l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), ont souhaité apporter un complément à l'état des connaissances pour la Suisse, et décidé de mener une enquête sur les soins intégrés en Suisse. Présentée dans ce rapport, cette enquête avait pour but principal de fournir un premier état des lieux - si possible exhaustif et détaillé - de l'ensemble des initiatives (organisations, réseaux, modèles, projets ou programmes) de soins intégrés actifs en Suisse.

Plus spécifiquement, l'idée était de fournir une cartographie des initiatives existantes, de donner un aperçu de leurs caractéristiques principales et de soutenir le partage d'expériences entre ces initiatives ainsi qu'entre les différents acteurs du système de santé suisse. Les résultats de l'enquête devaient aussi permettre d'avancer des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Y a-t-il des différences entre les initiatives présentes en Suisse latine (Tessin et cantons romands) et celles présentes en Suisse alémanique ?
- Est-ce que certains groupes d'initiatives se fixent plus fréquemment certains objectifs que d'autres ?
- Quelles sont les initiatives et les caractéristiques des initiatives qui s'efforcent d'intégrer le plus de niveaux de soins ?
- Quels sont les éléments du *Chronic Care Model* qui sont considérés par les initiatives de soins intégrés ?

Enfin, cette enquête devait fournir des bases pour de futures recherches. Cette première exploration ne pouvant inclure toutes les problématiques potentiellement intéressantes et pertinentes à investiguer, il a été décidé de se limiter dans un premier temps aux données jugées essentielles.

2 Méthodologie

Les différentes étapes ci-dessous ont été menées à bien afin de pouvoir répondre aux objectifs de cette enquête:

- sélection des initiatives de soins intégrés (Chap. 2.1 et 2.2) ;
- identification des données d'intérêt et collecte de données (Chap. 2.3) ;
- traitement des données (Chap. 2.4).

2.1 Sélection des initiatives de soins intégrés

Pour permettre l'identification des initiatives de soins intégrés, les auteurs ont élaboré une définition opérationnelle des soins intégrés. Basée sur la littérature et leur expertise dans ce domaine, elle comprend les critères d'inclusion et d'exclusion décrits ci-dessous.

2.1.1 Critères d'inclusion

Par « initiative de soins intégrés », nous avons donc entendu toute initiative (i.e. organisations, réseaux, modèles, projets ou programmes) répondant aux quatre critères suivants:

1. « Formalisation » des principes d'intégration, p. ex.:
 - contrat formalisé entre deux (ou plus) structures/organisations ;
 - accord écrit, tel un document formalisé entre deux (ou plus) structures/organisations (p. ex.: description du projet, business plan ou convention de collaboration) ;
 - accord verbal, soit une collaboration sans trace écrite, entre deux (ou plus) structures/organisations ;
 - mandat de prestation attribué par une institution publique (p. ex. par le service de la santé publique d'un canton ou par un hôpital public) ;
 - autre type de formalisation qui reflète l'existence d'une initiative, p. ex. un article scientifique, un rapport d'évaluation, un protocole de recherche, une présentation.
2. Intégration d'au moins deux niveaux de services de santé parmi les options suivantes:
 - services de santé communautaire: promotion de la santé, prévention de maladies, services sociaux, etc. ;
 - soins de santé primaires dispensés par des médecins (médecin de famille, médecin généraliste, médecine interne générale, centres de télémédecine, etc.) ;
 - soins de santé primaires dispensés par des non-médecins (infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA), pharmaciennes et pharmaciens, etc.) ;
 - soins ambulatoires spécialisés dispensés par des médecins: cardiologie, endocrinologie, néphrologie, pneumologie, psychiatrie, rééducation, etc. ;
 - soins ambulatoires spécialisés dispensés par des non-médecins: types de prestations spécifiques (p. ex. physiothérapie) ou maladie spécifique (p. ex. diabète) ;
 - structure hospitalière (prise en charge aigüe, rééducation, psychiatrie, prise en charge ambulatoire, etc.) ;
 - services de maintien à domicile: soins à domicile, etc.
3. Participation d'au moins deux groupes différents de professionnelles et de professionnels de santé, p. ex.:
 - médecins généralistes/spécialistes ;
 - infirmières et infirmiers ;
 - pharmaciennes et pharmaciens ;
 - physiothérapeutes ;
 - diététiciennes et diététiciens ;
 - podologues ;
 - travailleuses sociales et travailleurs sociaux ;

- bénévoles et proches aidants⁵.
4. Initiative en activité au moment de l'enquête, soit entre juillet 2015 et juillet 2016 (les initiatives terminées ou en cours d'élaboration n'étaient pas éligibles).

2.1.2 Critères d'exclusion

Par ailleurs, les initiatives présentant les spécificités suivantes n'ont pas été considérées dans cette enquête:

- Initiatives uniquement destinées aux enfants ou patients hospitalisés et/ou celles ciblant uniquement les maladies/épisodes aigus ;
- Programmes mis en œuvre au sein d'une structure hospitalière uniquement (stationnaire et/ou ambulatoire), sans lien avec la communauté ;
- Itinéraires cliniques dont l'activité est circonscrite à l'intérieur d'une structure hospitalière (même si plusieurs services sont concernés) ;
- Programmes de prévention primaire uniquement ;
- Offres spécialisées de soins palliatifs (équipes mobiles, soins stationnaires ou ambulatoires), puisqu'elles font déjà l'objet d'enquêtes similaires (von Wartburg & Näf, 2012; Wyss & Coppex, 2013) ;
- Réseaux de médecins, ou autres structures, qui n'offrent que des soins de santé primaires ;
- Réseaux de médecins généralistes ou spécialistes, ou autre(s) structure(s), qui, exclusivement, développent/utilisent des guidelines ou organisent des cercles de qualité ; si des guidelines sont développées/utilisées ET que des cercles de qualité sont organisés, les réseaux concernés peuvent être inclus dans l'enquête ;
- Réseaux de médecins généralistes et spécialistes ou autre(s) structure(s) ayant une convention de collaboration formalisée avec un hôpital régissant la possibilité de référer des patients mais n'incluant aucune autre activité spécifique ;
- Initiatives qui ne proposent que des prestations considérées comme « usuelles/standards » (p. ex. consultations multidisciplinaires du diabète, tumor boards, centres de la douleur, centres de la mémoire, stomathérapie, etc.) ;
- Initiatives qui ne comprennent qu'une intégration « administrative » (p. ex. conventions de collaboration) ;
- Initiatives qui ne comprennent qu'une activité de formation (p. ex. cours/programme autour de la collaboration et/ou de la coordination et/ou de l'intégration des soins et/ou activités de simulation pour des publics interprofessionnels) ;
- Initiatives qui ne proposent que des prestations extrêmement spécialisées (p. ex. suivi de personnes porteuses d'un dispositif d'assistance ventriculaire) ;
- Modèles d'assurance qui ne formalisent le case-management et/ou l'intégration des soins qu'entre l'assureur et l'assuré, sans autre prestataire de soins formellement impliqué.

2.1.3 Processus décisionnel pour les cas incertains

Malgré l'élaboration initiale d'une définition opérationnelle pour les soins intégrés détaillant les critères d'inclusion et d'exclusion, la mise en œuvre de ces derniers s'est parfois révélée difficile et a dû être adaptée de la manière suivante : en cas d'incertitude sur l'inclusion / exclusion à l'issue de l'entretien téléphonique avec collecte de données, la décision était dans un premier temps suspendue. Les éléments collectés étaient ensuite discutés entre les trois investigateurs principaux, avant la décision finale. Quelques interrogations qui ont suivi ce processus itératif sont présentées en Annexe 6.1.

2.2 Processus d'identification des initiatives de soins intégrés

Afin de permettre l'identification la plus exhaustive possible des initiatives de soins intégrés, il était essentiel de contacter un très large panel de personnes, institutions et structures, aussi bien au niveau national, que cantonal, régional ou local, susceptibles de pouvoir nous informer.

Pour ce faire, nous avons systématiquement contacté:

- Au niveau des cantons, les structures ou personnes suivantes: services de la santé publique et du médecin cantonal, directions médicales et des soins des hôpitaux (universitaires et cantonaux), directions des structures de formation et/ou de recherche dans les domaines médicaux ou paramédicaux (p. ex. Hautes écoles de la santé, Instituts de médecine sociale et préventive, Instituts de médecine de famille), les responsables cantonaux des services d'aide et de soins à domicile, responsables des réseaux de médecins, présidences et/ou secrétariats des sociétés cantonales de médecine ;

⁵ Afin d'alléger le texte, et sans préjudice pour le genre masculin ou féminin, les professions suivantes seront libellées comme suit dans ce rapport: les assistantes médicales, les infirmières, les pharmaciens, les diététiciennes, les travailleurs sociaux. Parallèlement, les termes pluriels de « patients » et de « professionnels » seront utilisés.

- Au niveau national, les associations faïtières professionnelles et de branche (p. ex. association de patients, associations de soignants, de soins à domicile) de même que l'Office Fédéral de la Santé Publique ;
- Les réseaux de médecins présents en Suisse, selon le recensement 2015 effectué par le Forum Managed Care (Forum Managed Care, 2015a) ;
- Les experts et/ou les responsables d'initiatives menées en Suisse dans le domaine des maladies chroniques et des soins intégrés ; à cette fin, nous nous sommes basés sur un relevé précédemment effectué (Ebert et al., 2015), sur les présentations effectuées dans le cadre du Symposium 2015 des soins intégrés (Forum Managed Care, 2015b), et sur des personnes connues des auteurs de ce rapport.

A ces contacts systématiques s'est ajouté, de manière itérative, un ensemble de personnes et/ou d'organisations supplémentaires relayées par nos correspondants selon un échantillonnage complémentaire dit de « boule de neige » (Wilhelm, 2014).

2.2.1 Processus utilisés pour joindre les personnes de contact

Tout d'abord, toutes les personnes identifiées comme pouvant potentiellement nous informer de l'existence d'une initiative de soins intégrés ont reçu un email personnalisé dans la langue de leur région qui, d'une part, présentait brièvement l'enquête et ses objectifs avec une version résumée du protocole de l'enquête⁶, et, d'autre part annonçait que nous allions les solliciter pour un entretien téléphonique. Ensuite, ces personnes ont été contactées par téléphone pour un entretien visant à identifier l'existence d'une potentielle initiative de soins intégrés, à récolter des éléments permettant de statuer sur l'éligibilité de l'initiative, et/ou à identifier d'autres personnes de contact. Ce processus a été adapté dans quelques cas (Annexe 6.1).

2.3 Identification des données d'intérêt et collecte

Pour l'identification des données d'intérêt et la construction du questionnaire, nous nous sommes inspirés de recherches similaires menées en Suisse (Ebert et al., 2015) et en Europe (van der Heide et al., 2015). L'utilisation d'items similaires présentait plusieurs avantages:

- en termes de contenu: ils ciblaient les maladies chroniques et les réponses innovantes à ce type de problématique ;
- en termes méthodologiques: ils pouvaient permettre une éventuelle comparaison (inter)nationale de certaines données récoltées ;
- en termes opérationnels: les questionnaires étaient notamment déjà disponibles en français et en allemand.

Les questionnaires français et allemand ont été testés auprès de 10 expert-e-s suisses de différentes organisations dans le but d'obtenir leurs commentaires sur leur contenu et leur acceptabilité.

2.3.1 Éléments retenus pour la collecte de données

Les éléments finalement retenus pour la récolte de données de l'Enquête suisse sur les soins intégrés (Annexe 6.1) se répartissaient dans les catégories suivantes (questions fermées et un espace réservé aux commentaires libres):

- contexte: nom de l'initiative, canton(s) et région géographique d'activité ;
- formalisation et organisation: base formelle, date de début d'activité, initiateurs, gouvernance, financements;
- contenu et composantes de l'initiative de soins intégrés: population(s) cible(s), objectif(s) de l'initiative, groupes professionnels impliqués, services/prestations proposées, niveaux de services intégrés, formalisation du rôle de coordination, interventions visant à soutenir les professionnels, mesures visant à impliquer les patients, systèmes d'information cliniques disponibles ;
- évaluation: améliorations atteintes par l'initiative, évaluation ;
- autres aspects (inspirés du projet ICARE4EU (van der Heide et al., 2015)): degré de collaboration entre prestataires, obstacles à une démarche centrée sur les patients.

2.3.2 Collecte des données

Pour des raisons logistiques et afin de faciliter le remplissage des questionnaires par les répondants, nous avons opté pour un outil en ligne, auto-administré. Disponible en français et en allemand, le questionnaire était accessible au moyen d'un identifiant (hyperlien) spécifique à chaque initiative répondant aux critères d'inclusion. Les répondants disposaient également de la version PDF du questionnaire (Annexe 6.2) afin de pouvoir, le cas échéant, y réfléchir et/ou le discuter en équipe avant de saisir les réponses en ligne. Les réponses saisies pouvaient être sauvegardées et retravaillées ultérieurement. Les tests effectués et les retours de répondants ont montré que 15 à 45 minutes étaient nécessaires pour remplir ce questionnaire.

Les répondants disposaient d'un mois pour finaliser le questionnaire. Passé ce délai, deux relances successives par email ou par téléphone étaient effectuées, à un mois d'intervalle.

⁶ Le protocole de l'enquête est disponible auprès des auteurs sur demande.

2.4 Analyses statistiques

Des analyses statistiques descriptives ont été conduites afin de répondre aux différentes questions de recherche:

1. analyses globales de toutes les initiatives ;
2. analyses par sous-groupes selon les régions linguistiques (cantons romands et Tessin, cantons alémaniques)
3. analyses par sous-groupes selon une catégorisation élaborée a posteriori sur la base de notre compréhension des initiatives et de nos connaissances de ces modèles ; les catégories proposées sont mutuellement exclusives et reflètent l'ensemble des initiatives incluses dans l'enquête (Tableau 2.1) ;
4. comparaison des éléments du *Chronic Care Model* présents dans les initiatives (Figure 2.1); les éléments clés du *Chronic Care Model* représentant des concepts assez larges, ces derniers sont présentés parallèlement à ceux de notre enquête dans l'Annexe 6.3 (celle-ci contient aussi les traductions de ces éléments que nous proposons, ainsi que les questions de la présente enquête spécifiquement considérées pour cette analyse) ; cette comparaison a été effectuée globalement pour toutes les initiatives, et pour les sous-groupes présentés dans le Tableau 2.1.

Tableau 2.1 Catégorisation des initiatives (n=155)

Catégories proposées	Description & éléments utilisés pour décider de l'attribution d'une initiative à une catégorie
« Centres de santé »	Initiatives regroupant, sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins: premier recours (médecin ou autre) et/ou soins ambulatoires spécialisés (médecin ou autre) et/ou Stationnaire aigu et/ou Soins de transition et/ou Soins de longue durée, Cette catégorie n'inclut pas les structures spécialisées en psychiatrie (voir ci-dessous).
« Réseaux de médecins »	Réseaux de médecins généralistes et spécialistes, qui, notamment, développent/utilisent des guidelines et organisent des cercles de qualité.
« Santé mentale & psychiatrie »	Initiatives ciblant la psychiatrie (globalement ou pathologie spécifique) et/ou la santé mentale de manière plus générale (addiction, dépendances, démences, etc.). Cette catégorisation l'emporte sur les « Centres de santé » et sur les initiatives qui, en plus, mentionnent du <i>care/case-management</i> , par ex.
« Groupes cibles spécifiques »	Initiatives ciblant une ou des pathologies somatiques spécifiques et/ou groupes de pathologies somatiques ; initiatives ciblant un ou des groupes de patients spécifiques. Cette catégorie n'inclut pas les groupes présentant des problématiques de santé mentale ou de psychiatrie.
« Médicaments »	Initiatives dont l'objectif principal est la gestion des médicaments et/ou du traitement.
« Transition & coordination »	Initiatives centrées principalement sur des activités de coordination entre structures/niveaux de santé différents, de plaque tournante (<i>Drehscheibe</i> en allemand), d'information/redirection dans le système de santé en collaboration avec les acteurs déjà présents dans les situations, de <i>case/care management</i> formalisé, ou encore de promotion/valorisation du travail en équipe interprofessionnelle/interinstitutionnelle.

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 2.1 The Chronic Care Model



Source: www.improvingchroniccare.org (ICIC, 2006; Wagner, Austin, & Von Korff, 1996)

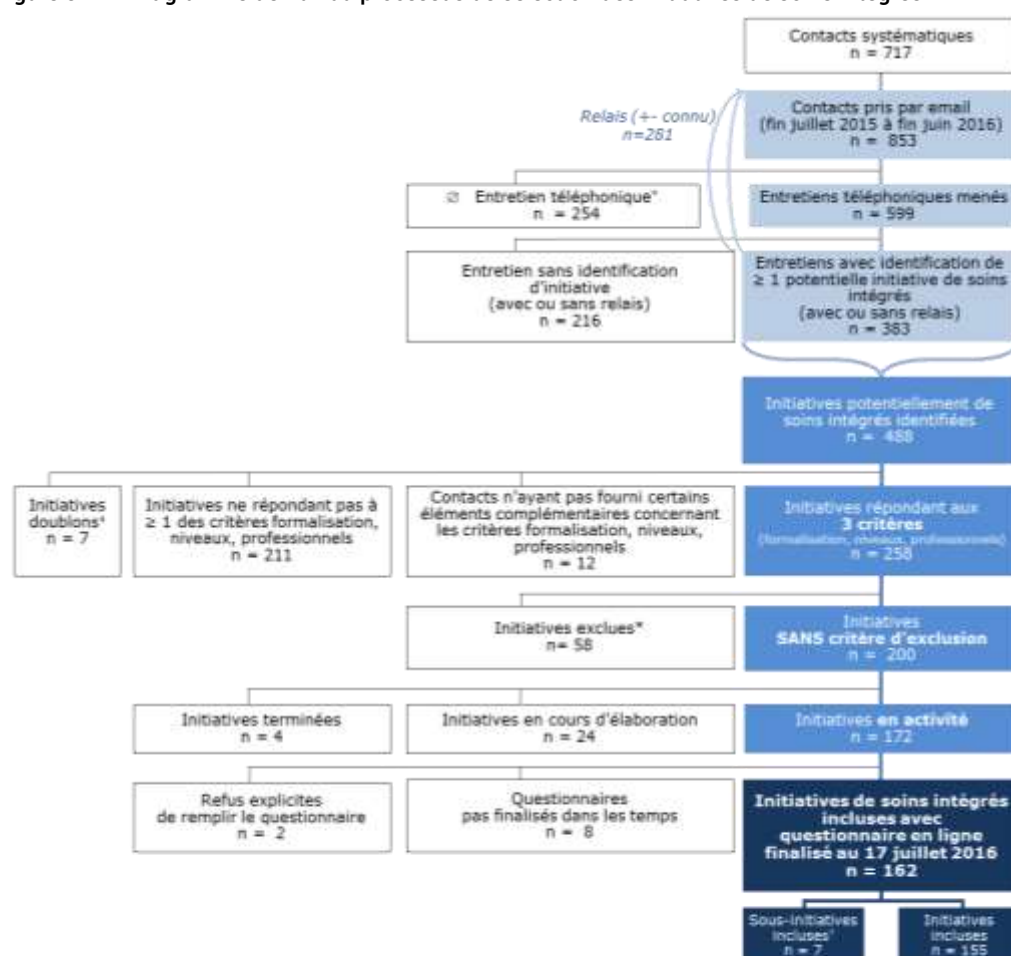
3 Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons successivement le processus de collecte des données (Chapitre 3.1), puis les analyses statistiques descriptives. En complément (Annexe 6.5), le lecteur intéressé trouvera un tableau décrivant succinctement chacune des initiatives de soins intégrés incluse dans cette enquête.

3.1 Processus de collecte des données

Les processus de sélection et d'identification des initiatives de soins intégrés ont nécessité 853 contacts initiaux par email et 599 entretiens téléphoniques (Figure 3.1). Ceux-ci ont permis d'identifier 488 initiatives potentielles, dont 172 initiatives éligibles dont les responsables ont été invités à remplir le questionnaire en ligne. Un taux de réponse de 94% a été atteint, soit un total de 162 questionnaires remplis. Parmi ces derniers, 155 correspondaient à des initiatives spécifiques et sept représentaient des sous-projets d'un programme cantonal déjà inclus dans ces 155 initiatives ; les résultats de ces sept sous-projets sont présentés séparément (Chapitre 3.5).

Figure 3.1 Diagramme de flux du processus de sélection des initiatives de soins intégrés



* refus passif (pas de réaction à sollicitations emails/téléphoniques pour entretiens), refus actif ou doublet
 * par exemple: initiative mentionnée dans deux entretiens qui s'est révélée être la même
 * voir les critères d'exclusion
 * voir plus loin dans ce rapport

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

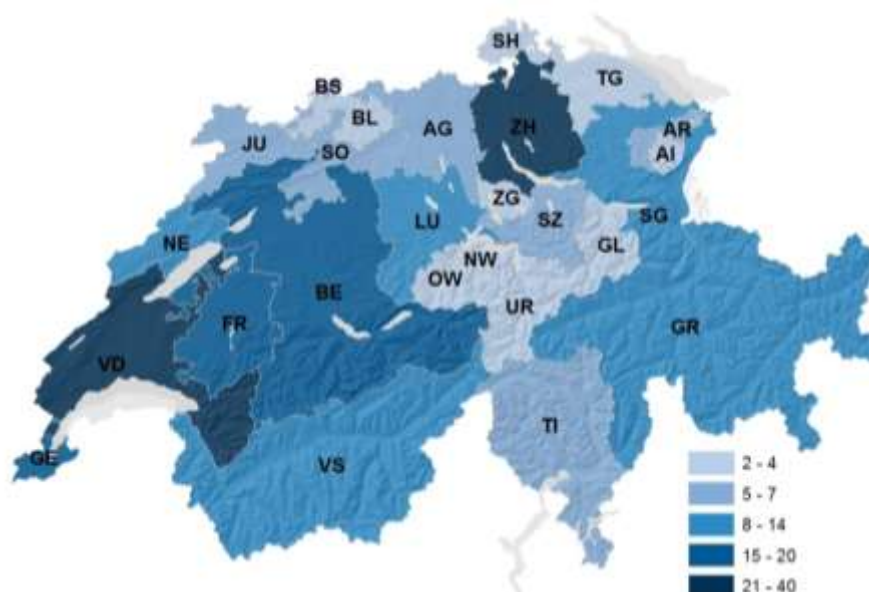
Le lecteur intéressé trouvera en Annexe 6.4 des détails supplémentaires concernant les contacts pris et les entretiens menés.

3.2 Résultats globaux

3.2.1 Répartition géographique

Dans la majorité des cas, les initiatives se limitent aux frontières cantonales. En effet, seules 25 des 155 initiatives traversent les frontières cantonales et sont actives dans plusieurs cantons, dont deux sur tout le territoire suisse. Le canton de Vaud est le canton qui possède le plus grand nombre absolu d'initiatives (n=40), suivi par celui de Zurich (n=31), de Genève (n=20) et de Berne (n=18). La plupart des cantons de Suisse centrale affichent le nombre absolu le plus faible d'initiatives de soins intégrés (Figure 3.2).

Figure 3.2 Nombre absolu d'initiatives par canton (n=155)

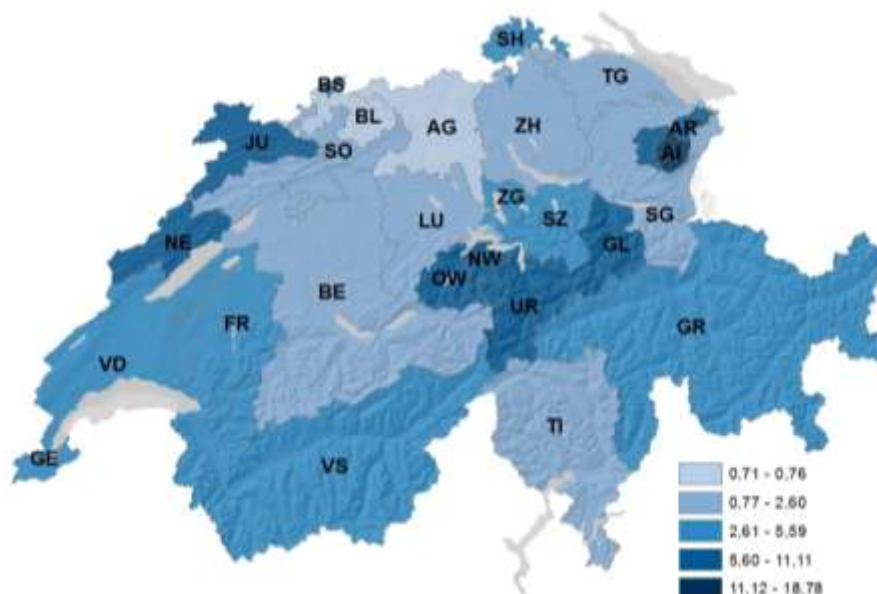


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

La répartition cantonale des initiatives peut également être présentée en fonction de la population de chaque canton (Figure 3.3). L'image ainsi obtenue montre que les cantons qui ont un petit nombre absolu d'initiatives de soins intégrés (p. ex. en Suisse centrale), ont en fait, proportionnellement à leur population, plus d'initiatives de soins intégrés que les cantons plus densément peuplés (p. ex. Zurich et Genève).

Figure 3.3 Nombre relatif d'initiatives par canton, par 100'000 habitants (n=155)



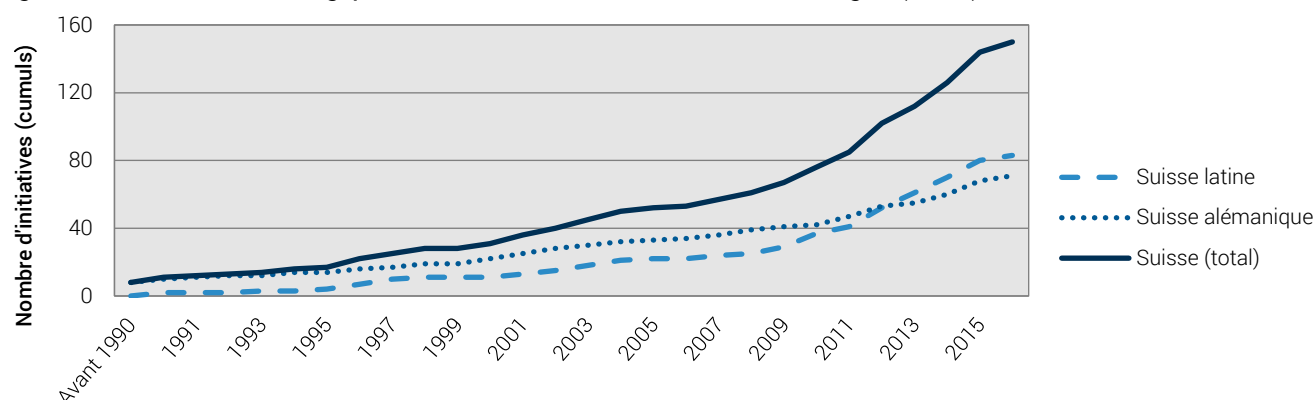
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.2 Mise en œuvre des initiatives: évolution chronologique

Avant 1990, huit initiatives de soins intégrés sont actives en Suisse, uniquement dans sa partie alémanique. L'augmentation du nombre d'initiatives dans toute la Suisse est ensuite relativement constante alors que, dès 2010, l'accroissement est beaucoup plus rapide. En effet, plus de 50% des initiatives retenues dans cette enquête ont été initiées depuis 2010. Cette tendance est encore plus marquée en Suisse latine (FR, GE, JU, NE, VD, VS et TI), avec une proportion se situant aux alentours de 70%, contre un peu plus de 40% pour la Suisse alémanique (Figure 3.4).

Figure 3.4 Évolution chronologique cumulée du nombre d'initiatives de soins intégrés (n=150)



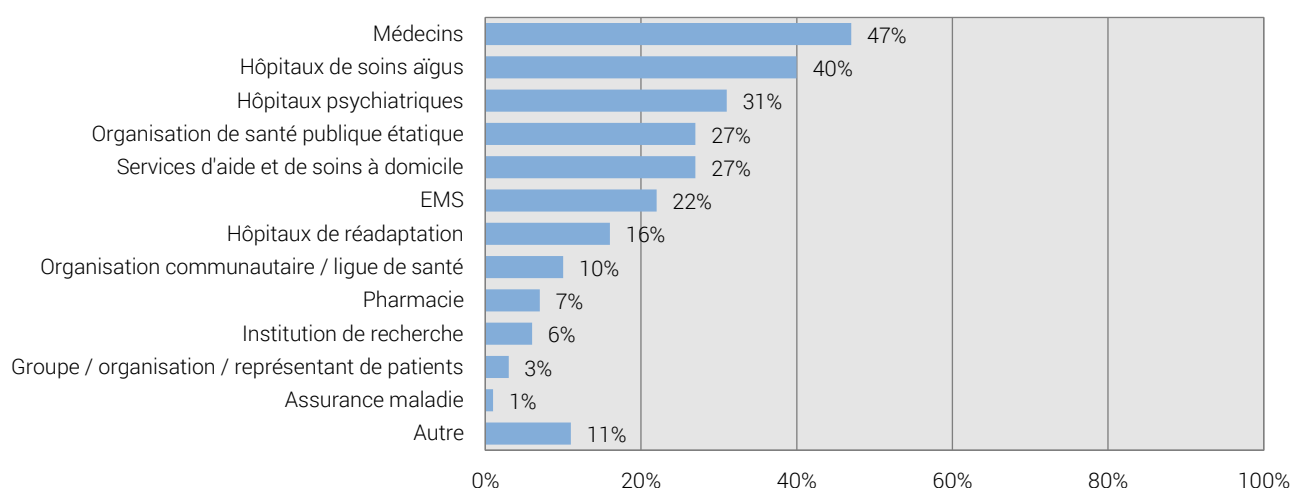
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.3 Structures ou professions à l'origine des initiatives de soins intégrés

En moyenne, deux à trois structures ou professions sont à l'origine d'une initiative (Figure 3.5): tandis que les médecins ont contribué à lancer près de la moitié des initiatives, les hôpitaux sont également souvent impliqués dans la mise en œuvre d'initiatives de soins intégrés. Parmi les répondants ayant coché « Autres », nous avons identifié a posteriori deux catégories supplémentaires d'initiateurs: les « Autorités locales et/ou communales » (n=8) et les « Services sociaux » (n=4).

Figure 3.5 Structures ou professions à l'origine des initiatives, % des initiatives (n=154)

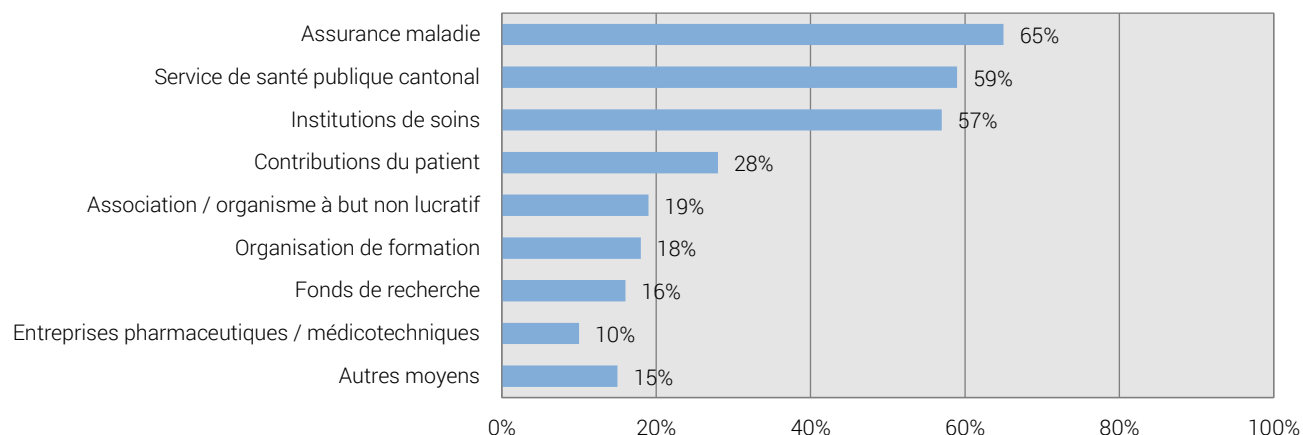


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.4 Financement des soins intégrés

Une des questions posées aux répondants leur demandait d'indiquer les différentes sources de financement (directes et/ou indirectes) de leur initiative. On note que les assurances sont évoquées par près de deux tiers des initiatives (Figure 3.6). Elles ne sont cependant pas les seules sources de financement puisqu'en moyenne chacune des initiatives en indique trois différentes. Les services de santé publique cantonaux ainsi que les institutions de soins elles-mêmes sont évoquées comme sources de financement d'environ deux-tiers des initiatives de soins intégrés en Suisse. Les patients sont également sollicités puisqu'environ un tiers des initiatives les mentionnent comme sources de financement.

Figure 3.6 Sources de financement des initiatives, % des initiatives (n=150)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.5 Niveaux intégrés par les initiatives

Les répondants pouvaient préciser les niveaux de soins entre lesquels leur initiative cherchait à améliorer l'intégration. La question était formulée sous forme de paires : p. ex. entre une prise en charge en « Réadaptation/Réhabilitation » et les « Soins à domicile », ou entre les « Soins d'urgence » et les « Soins de premier recours dispensés par un médecin ».

Les résultats montrent que les initiatives cherchent à améliorer l'intégration d'une moyenne de 14 paires de niveaux, avec une médiane à 9, sur les 66 types de paires proposés. C'est entre le niveau « Soins de premier recours dispensés par un médecin » et le niveau « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin » que les initiatives indiquent le plus fréquemment rechercher une amélioration de l'intégration, soit dans près de 39% des initiatives. La paire de niveaux la moins fréquemment évoquée est Réhabilitation – Pharmacies, avec 6% des initiatives. Le Tableau 3.1 ci-dessous détaille, en fonction de chacun des niveaux et pour les résultats supérieurs ou égaux à 20%, avec quel autre niveau les répondants indiquent le plus fréquemment rechercher une amélioration de l'intégration.

Tableau 3.1 Paires de niveaux de soins intégrés, % des initiatives (n=148)

Paires de niveaux de soins entre lesquels les initiatives cherchent à améliorer l'intégration		Pourcentage d'initiatives concernées (≥ 20%)
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	Soins de premier recours dispensés par un médecin	39%
Familles / proches aidants	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	36%
Aide et soins à domicile	Familles / proches aidants	35%
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	Aide et soins à domicile	34%
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	Familles / proches aidants	33%
Soins d'urgence	Soins de premier recours dispensés par un médecin	32%
Soins de premier recours dispensés par un médecin	Aide et soins à domicile	31%
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	Aide et soins à domicile	30%
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	30%
Services communautaires et sociaux	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	30%
Hospitalisation pour soins aigus	Aide et soins à domicile	28%
Soins de longue durée & EMS	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	26%
Réadaptation / réhabilitation	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	24%
Soins de premier recours dispensés par un non médecin	Familles / proches aidants	23%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

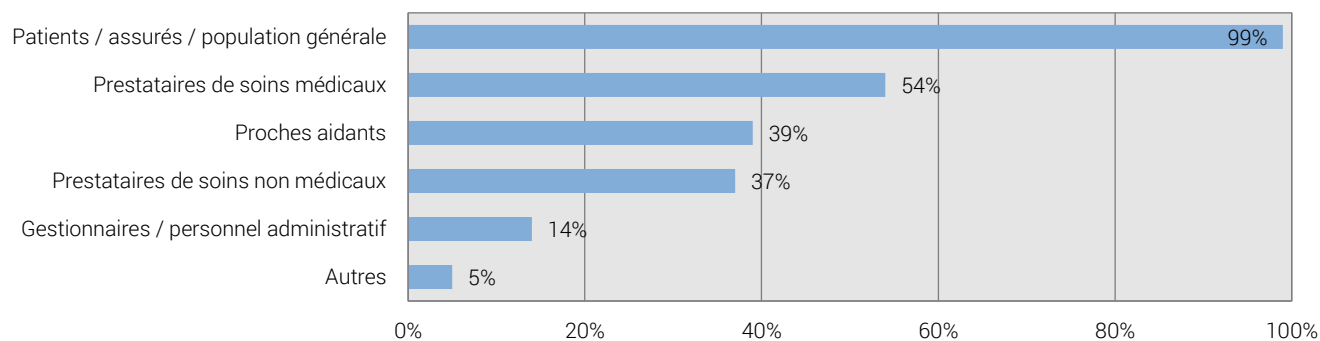
L'Annexe 6.7 présente les détails des différentes combinaisons de ces paires de niveaux.

3.2.6 Cibles des initiatives

Les cibles des initiatives ont été considérées d'abord pour l'ensemble des groupes directement ciblés par les initiatives (tels que p. ex. les bénéficiaires ou les prestataires de soins), ensuite spécifiquement pour la patientèle cible de ces initiatives.

A la question « Quels sont le ou les groupes cibles directs ? » (Figure 3.7), on notera qu'en moyenne les répondants ont indiqué entre deux et trois groupes cibles différents. Les résultats montrent que toutes les initiatives sauf une s'adressent au moins au groupe des bénéficiaires de soins (patients/assurés/population générale). Par ailleurs, plus de la moitié des initiatives sont aussi orientées vers les différents prestataires de soins médicaux.

Figure 3.7 Groupes cibles des initiatives, % des initiatives (n=155)

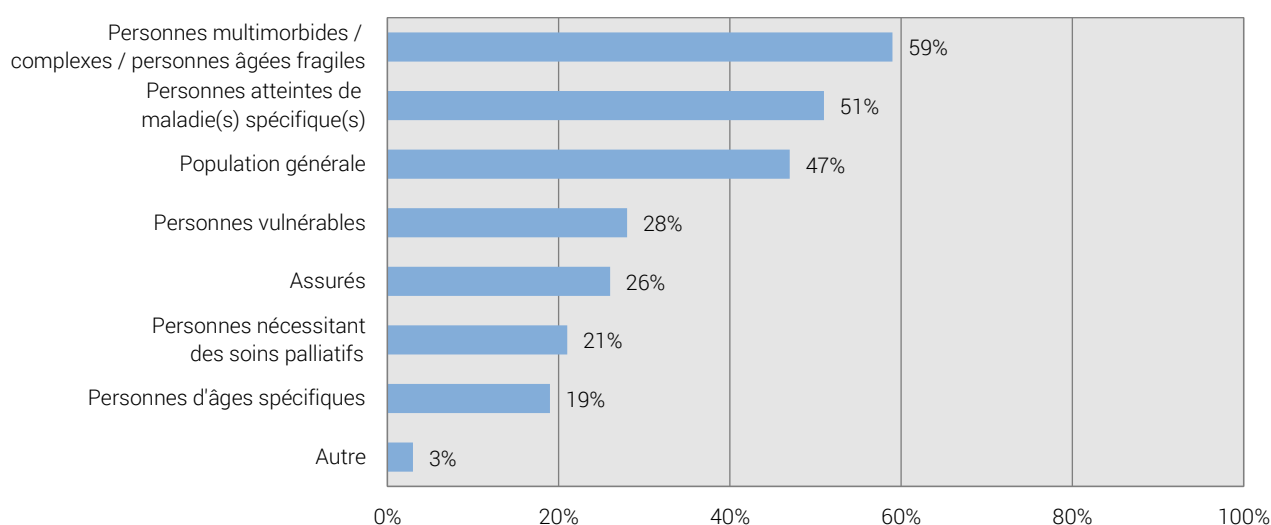


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

En ce qui concerne plus spécifiquement la patientèle, nous notons en moyenne trois groupes cibles par initiative. La Figure 3.8 montre que les patients multimorbides, complexes ou fragiles sont les plus fréquemment ciblés, suivis des personnes atteintes de maladie(s) spécifique(s) et de la population générale.

Figure 3.8 Groupes de patients ciblés, % des initiatives (n=154)



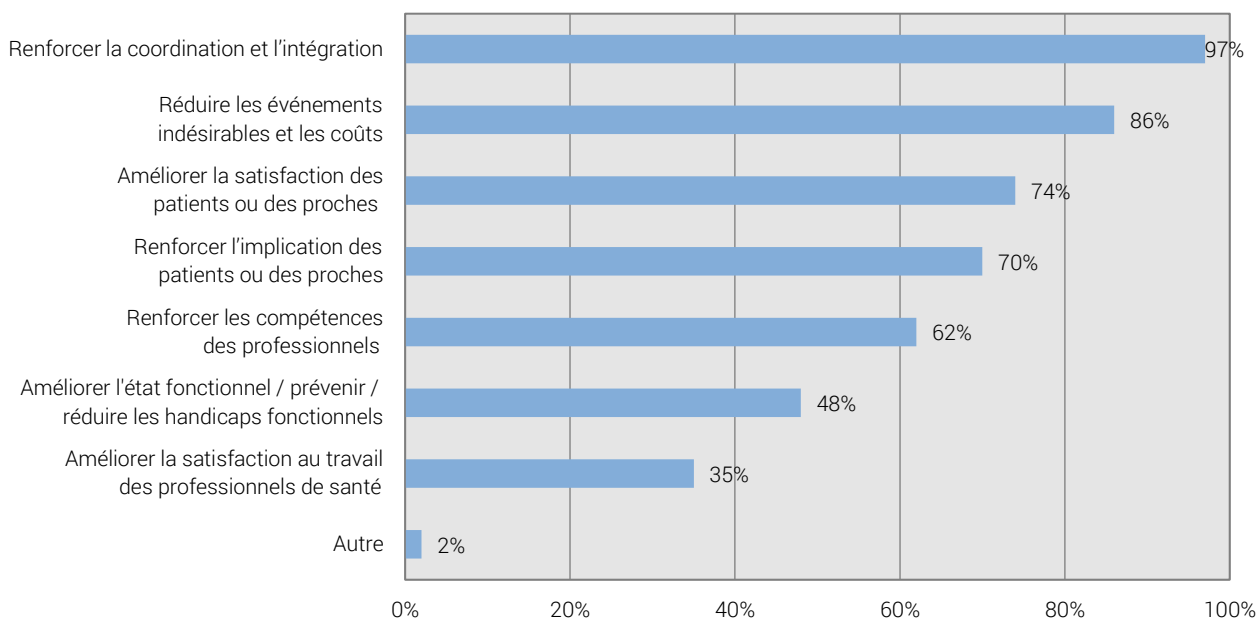
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Notons enfin que, parmi les 29 initiatives ciblant des personnes d'âge spécifique, une très large majorité (près de trois quarts) s'adresse aux 65 ans et plus.

3.2.7 Objectifs des initiatives

En moyenne, les répondants déclarent que leur initiative vise onze objectifs différents sur les vingt possibilités proposées dans le questionnaire. Afin de faciliter la lecture, nous en proposons une analyse regroupée (Annexe 6.6, Tableau 6.3). La grande majorité des initiatives recherchent des améliorations de la coordination et de l'intégration, ainsi que la réduction des événements indésirables. Notons aussi que l'amélioration de la satisfaction des patients ou des proches aidants est ciblée par près de trois quarts des initiatives, alors que la satisfaction des professionnels de santé n'est ciblée que par un tiers des initiatives (Figure 3.9).

Figure 3.9 Objectifs ciblés par les initiatives, % des initiatives (n=155)

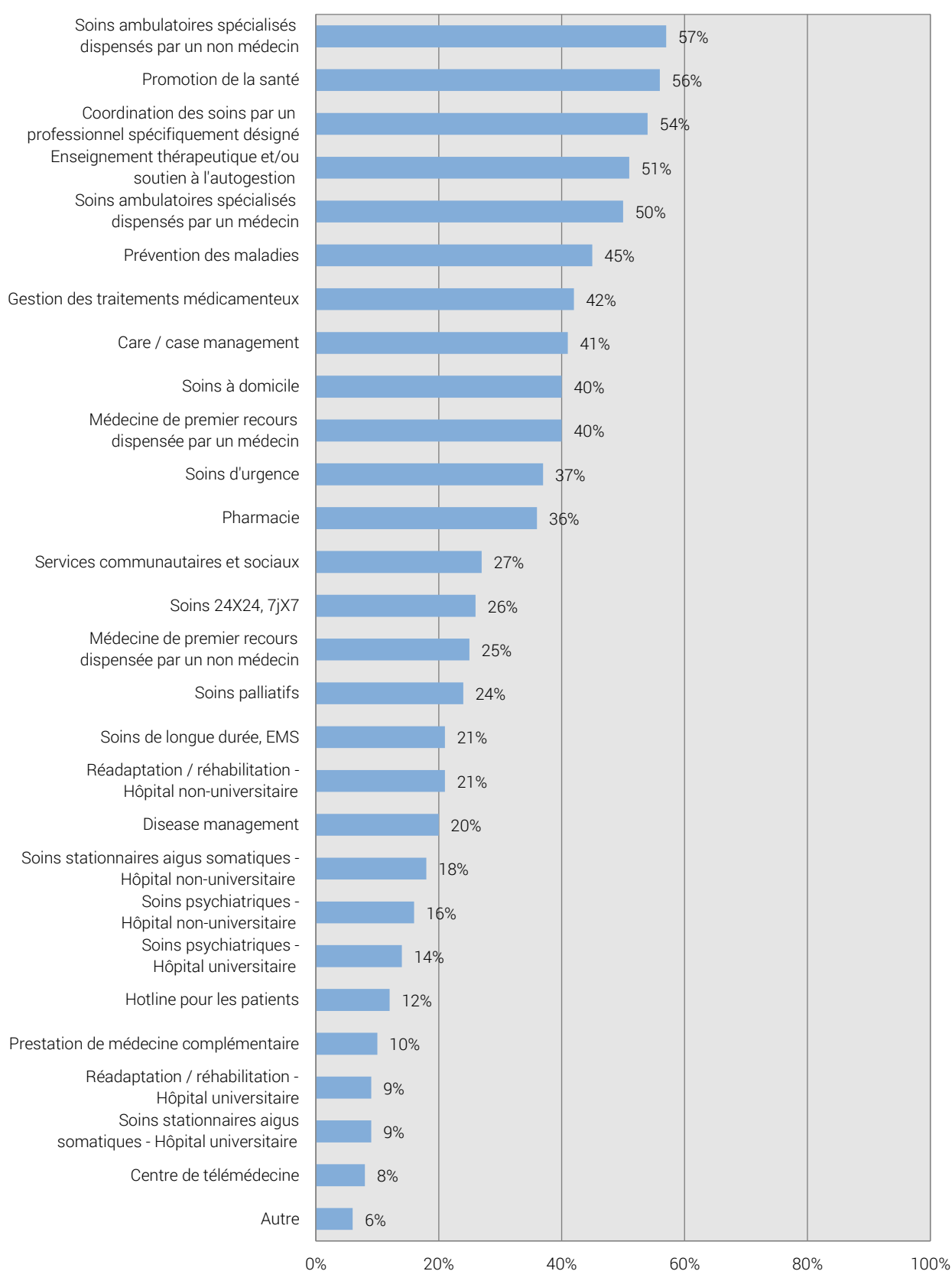
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.8 Prestations offertes aux patients

Les prestations proposées aux patients sont présentées dans la Figure 3.10 qui permet de distinguer les quatre catégories les plus fréquentes:

1. Les soins ambulatoires: près de deux tiers des initiatives proposent des soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin ; les soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin sont offerts dans la moitié des cas, alors que la médecine de premier recours est proposée dans un peu moins de la moitié des initiatives, à égalité avec les soins à domicile ;
2. Les prestations de promotion de la santé et de prévention des maladies: disponibles dans plus de la moitié des initiatives ;
3. Les prestations de coordination: plus de la moitié des initiatives disposent d'un professionnel spécifiquement désigné pour effectuer la coordination ; par ailleurs, un peu moins de la moitié des initiatives proposent du *case/care management* et/ou une gestion des traitements médicamenteux ; seules un cinquième des initiatives offrent du *disease management*.
4. L'enseignement thérapeutique et/ou le soutien à l'autogestion: proposés par la moitié des initiatives.

Figure 3.10 Prestations proposées aux patients, % des initiatives (n=153)

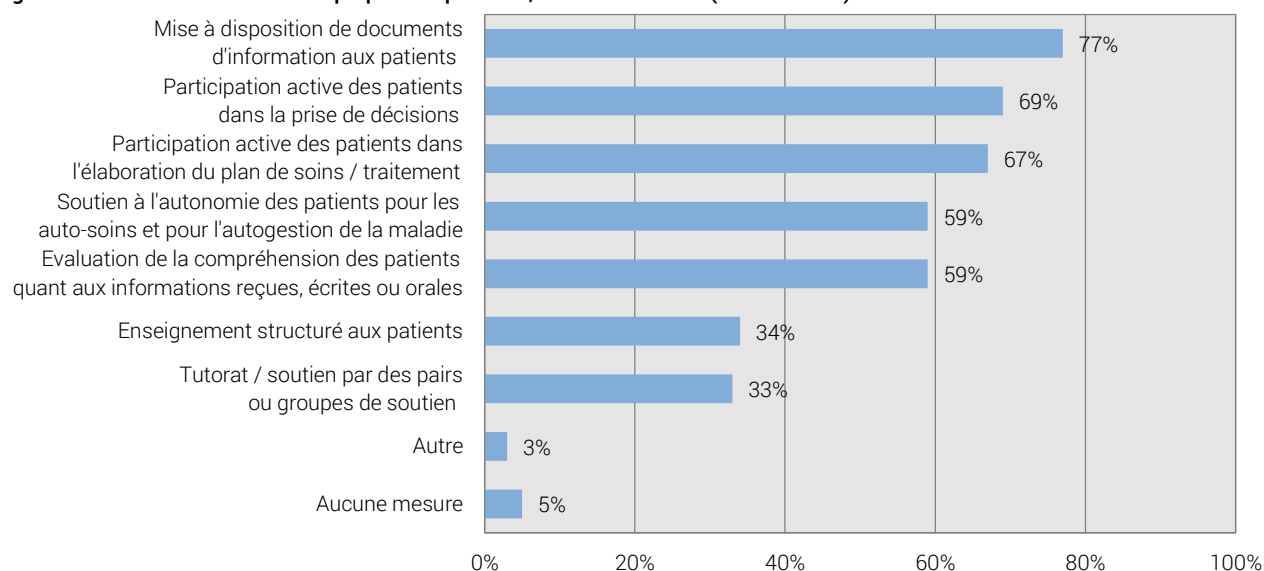
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.9 Implication des patients

Figure 3.11 présente les différents types de mesures mises en place afin de favoriser une plus grande implication des patients dans leurs soins (moyenne de quatre mesures par initiative). La grande majorité des initiatives mettent des documents d'information à disposition de leurs patients. Elles promeuvent également la participation active des patients dans la prise de décision ainsi que dans l'élaboration du plan de soins ou de traitement. Les dispositifs d'enseignement structuré et de tutorat ne sont disponibles que dans un tiers des initiatives. À noter que 5% des répondants indiquent n'avoir mis aucune mesure spécifique en place.

Figure 3.11 Mesures visant à impliquer les patients, % des initiatives (n=140 à 142)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

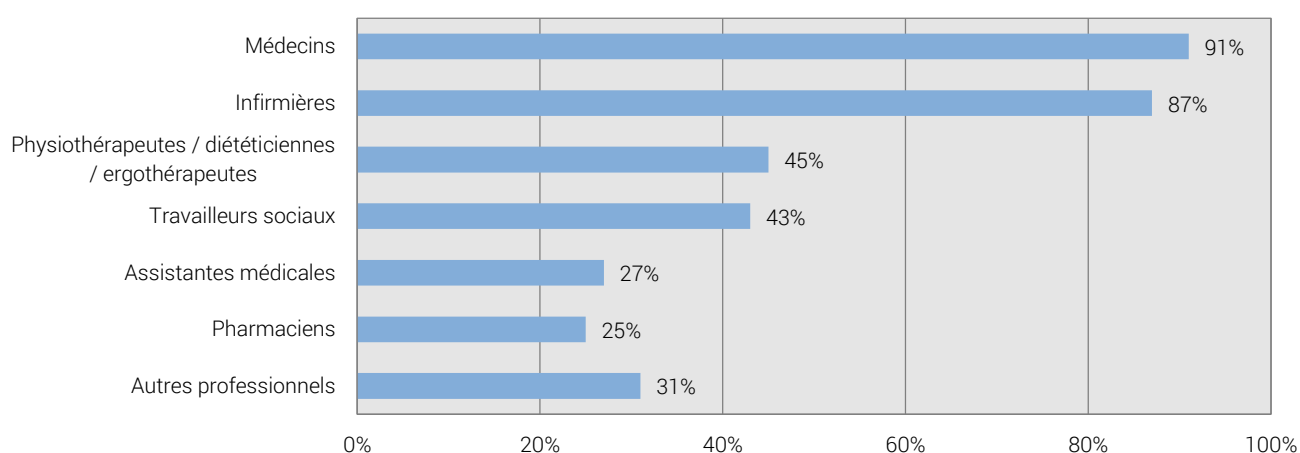
© Obsan 2017

3.2.10 Professionnels impliqués

Pour fournir cet éventail de prestations, près de cinq groupes de professionnels différents sont impliqués en moyenne dans chacune des initiatives sur les 13 proposés.

Les résultats par regroupements de professionnels (Annexe 6.6, Tableau 6.4) montrent que les médecins et les infirmières sont les plus fréquemment inclus (Figure 3.12).

Figure 3.12 Groupes de professionnels impliqués, % des initiatives (n=155)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Il est également intéressant de noter que des infirmières de pratique avancée sont impliquées dans environ un cinquième des initiatives, les médecins interniste/généralistes et les médecins spécialistes dans 60% et 70% des cas, respectivement.

D'autres résultats en lien avec les groupes de professionnels conjointement impliqués dans les initiatives sont présentés ci-dessous : tout d'abord par paires (i.e. au minimum deux groupes de professionnels), puis par combinaisons de professionnels.

Les analyses montrent que certaines paires sont plus fréquentes que d'autres: les paires « médecins internistes/généralistes – infirmières en soins généraux » ou les paires « médecins internistes/généralistes – médecins spécialistes » sont les plus fréquemment reportées avec, respectivement, 39% et 37% des initiatives. Toutes les paires présentes dans au moins un tiers des initiatives sont présentées dans le Tableau 3.2.

Tableau 3.2 Paires de groupes professionnels impliqués dans au moins un tiers des initiatives (n=155)

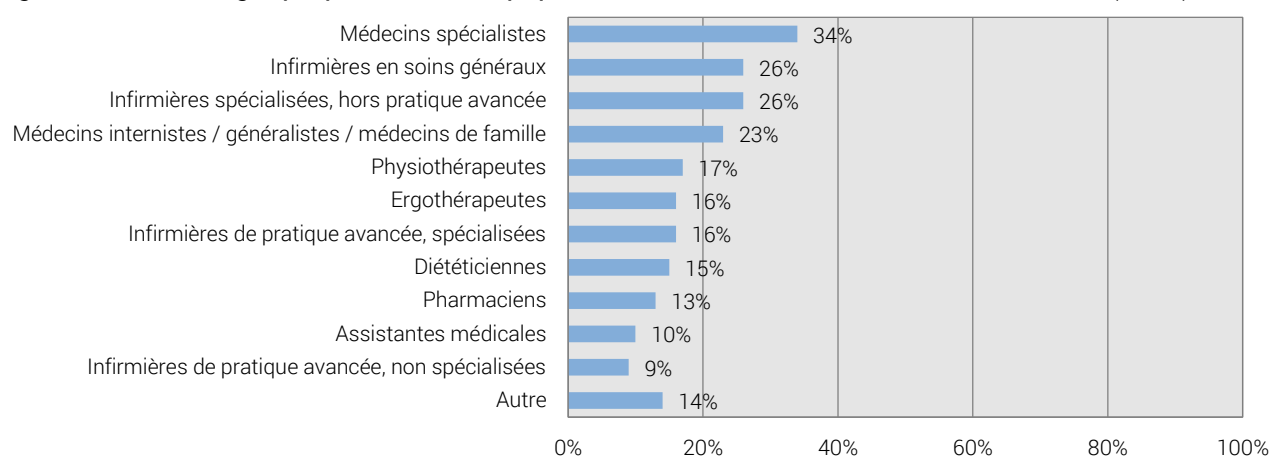
Paires de groupes professionnels		Pourcentage d'initiatives concernées (> 33%)
Infirmières en soins généraux	Médecins internistes / généralistes / médecins de famille	39%
Médecins spécialistes	Médecins internistes / généralistes / médecins de famille	37%
Médecins spécialistes	Infirmières en soins généraux	36%
Médecins spécialistes	Infirmières spécialisées, hors pratique avancée	35%
Médecins spécialistes	Travailleurs sociaux	34%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Tandis que la Figure 3.13 fournit, à titre d'illustration, le détail des paires formées avec les travailleurs sociaux, les paires possibles pour les 12 groupes de professionnels sont détaillées dans l'Annexe 6.9.

Figure 3.13 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les travailleurs sociaux, % des initiatives (n=155)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Parmi les multiples combinaisons de professionnels, il est intéressant de noter les résultats suivants, complétés par les Tableau 3.3 et Tableau 3.4:

- 9 initiatives (6%) impliquent les huit groupes professionnels suivants : médecin, assistante médicale, infirmière, pharmacien, diététicienne, ergothérapeute, physiothérapeute et travailleur social ;
- 11 initiatives (7%) n'impliquent aucun médecin ;
- 66 (43%) et 45 (29%) initiatives n'incluent pas de médecins interniste/généralistes et de médecins spécialistes, respectivement ;
- tandis que 20 initiatives (13%) n'impliquent pas d'infirmière, et 113 initiatives (73%) n'impliquent pas d'assistante médicale, 14 (9%) n'impliquent ni infirmière ni assistante médicale ;
- parmi les 135 initiatives (87%) comprenant des infirmières, un peu moins de la moitié (62) incluent des infirmières de pratique avancée (spécialisées ou non).

Tableau 3.3 Combinaisons incluant au moins les professionnels suivants, % des initiatives (n=155)

Médecins internistes/généralistes	Médecins spécialistes	Assistants médicales	Infirmier(ère)	Pourcentage d'initiatives concernées
X	X			37%
X	X	X		20%
X	X		X	32%
X		X		37%
	X		X	61%
X	X	X	X	20%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Tableau 3.4 Initiatives incluant des combinaisons de groupes professionnels avec au moins des médecins et d'autres professionnels, % des initiatives (n=155)

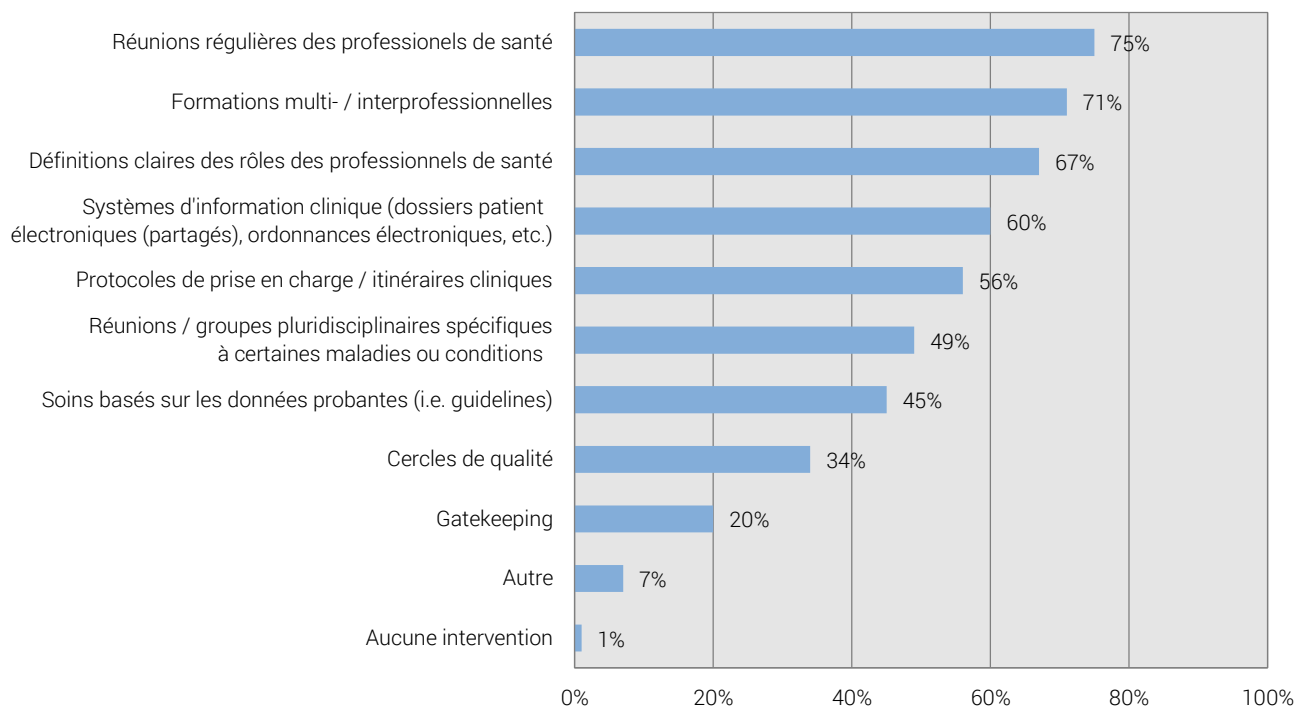
Médecins (internistes/ généralistes ou spécialistes)	Travailleurs sociaux	Physiothérapeutes	Pharmaciens	Diététiciennes	Ergothérapeutes	Pourcentage d'initiatives concernées
X		X				37%
X				X		30%
X					X	29%
X			X			25%
X	X					23%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.11 Soutien aux professionnels

Les initiatives ont presque toutes recours à au moins une intervention particulière visant à soutenir les professionnels de santé, à promouvoir le travail d'équipe ou la coopération entre différents groupes professionnels. La grande majorité misent sur des réunions régulières entre les professionnels de santé et/ou sur des formations multi/interprofessionnelles, tandis que les cercles de qualité sont présents dans un tiers des initiatives (Figure 3.14).

Figure 3.14 Interventions visant à soutenir les professionnels, % des initiatives (n=150)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

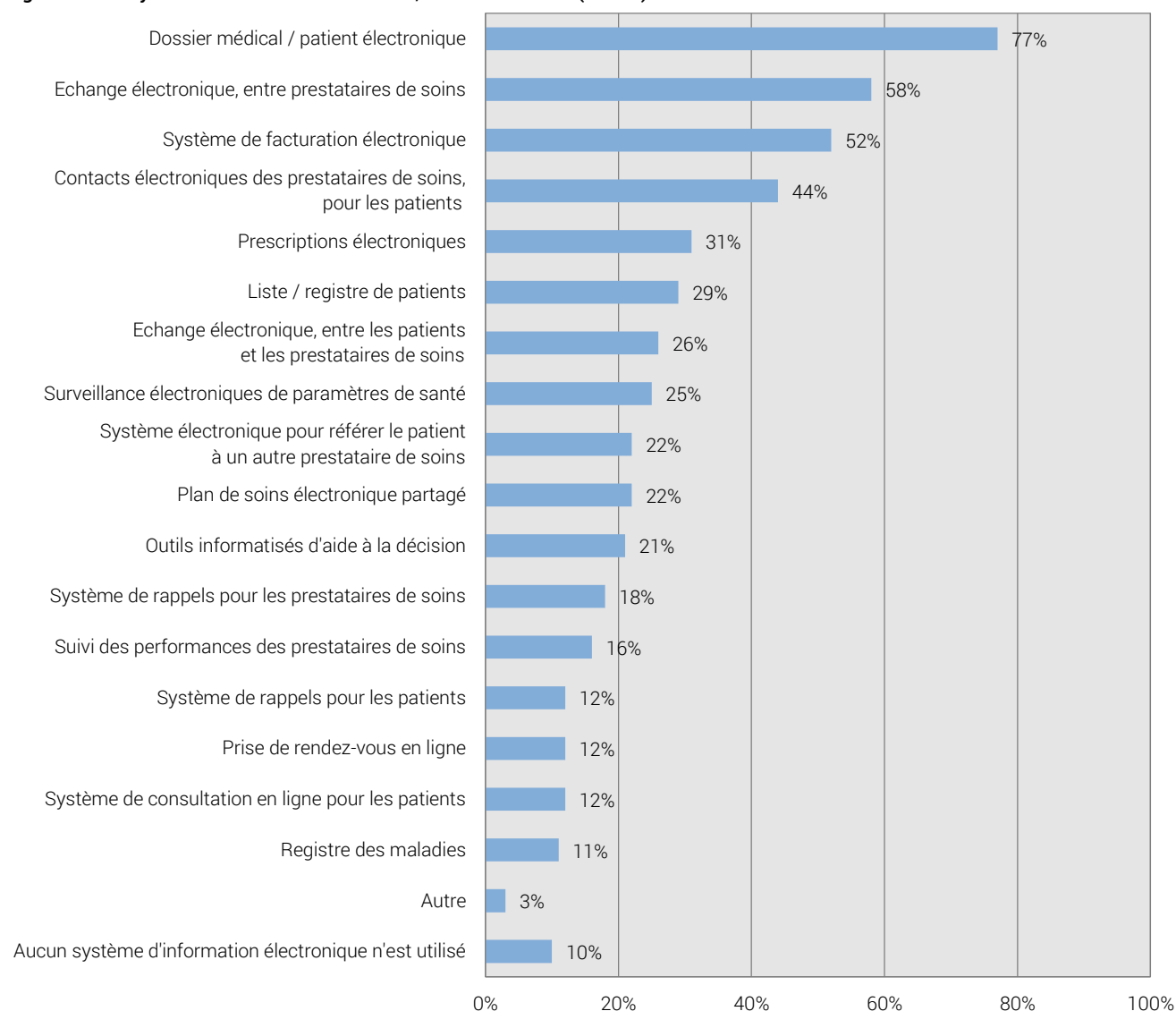
© Obsan 2017

3.2.12 Systèmes d'information

Parmi les systèmes d'information utilisés dans le cadre des initiatives (Figure 3.15), on distingue trois grandes catégories:

- le dossier électronique du patient, utilisé dans trois quart des initiatives ;
- les systèmes de communication entre prestataires de soins: près de deux tiers des initiatives disposent d'outils qui permettent des échanges entre prestataires ; des systèmes pour référer un patient à un autre prestataire ou pour prescrire de manière électronique sont plus rarement en place ;
- les outils d'échange entre les patients et les prestataires: près de la moitié des initiatives mettent à disposition des patients les contacts électroniques des prestataires, et près d'un quart permettent les échanges informatisés entre les patients et les prestataires de soins.

Notons enfin que les initiatives utilisent en moyenne cinq systèmes d'information électroniques différents et que seuls 10% n'en utilisent aucun.

Figure 3.15 Systèmes d'information utilisés, % des initiatives (n=153)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

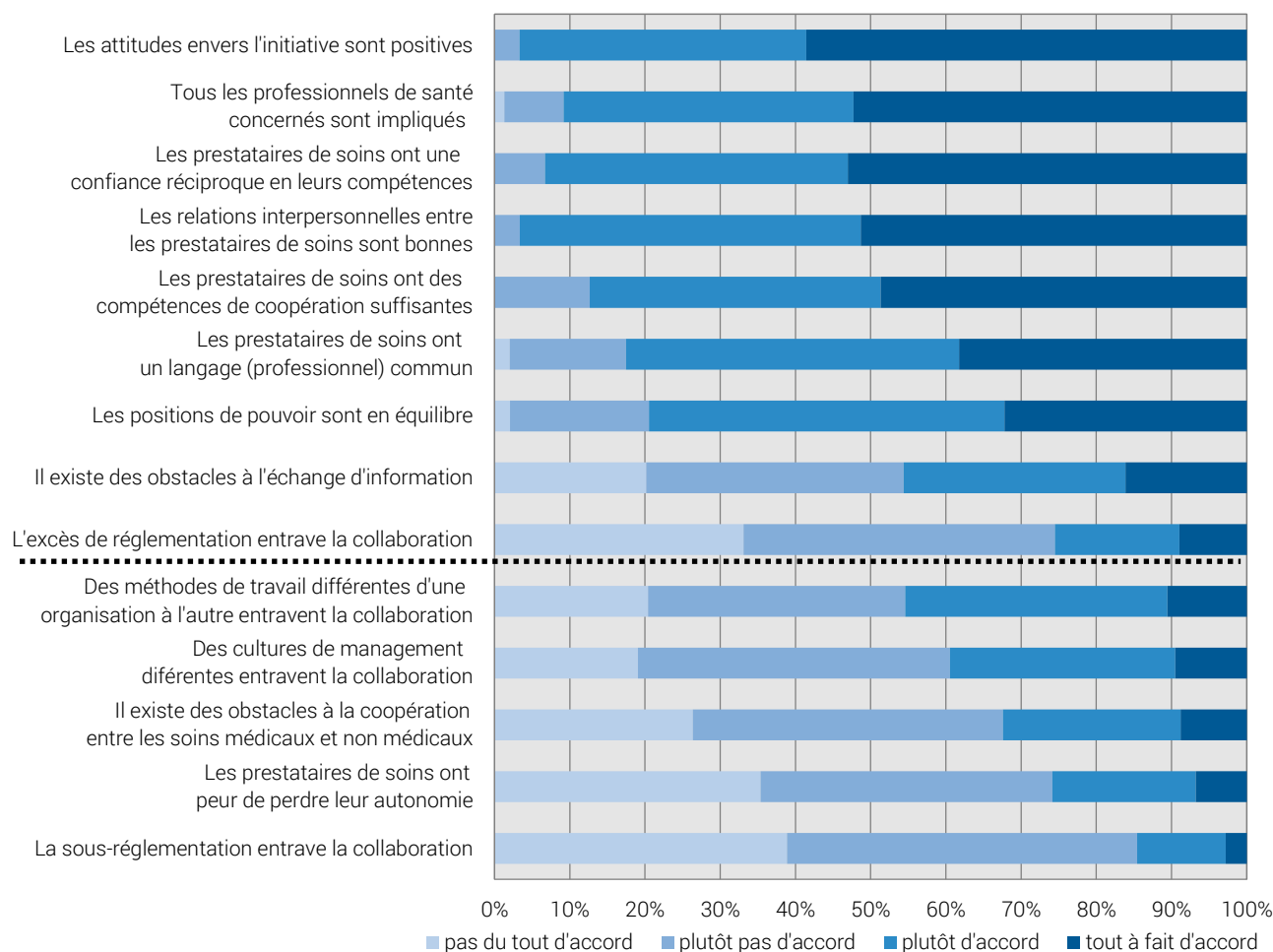
3.2.13 Perceptions des répondants

Plusieurs questions ont été posées dans le but de mettre en évidence les perceptions des répondants concernant différents aspects en lien avec les soins intégrés. Une échelle allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » permettait de répondre à différentes affirmations dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Perception des éléments influençant la collaboration entre prestataires

Une série d'affirmations a été posée afin d'explorer les perceptions liées à la façon dont les différents professionnels de santé se coordonnent et aux difficultés marquant la collaboration.

Les résultats présentés dans la Figure 3.16 suggèrent que les acteurs ne rencontrent pas de problèmes majeurs en termes de collaboration. En effet, la majorité des répondants estiment que les prestataires de soins se sentent impliqués dans les initiatives mises en place, ont une attitude positive et ont une confiance réciproque concernant les compétences des autres acteurs impliqués. On relèvera cependant que les avis sont plus mitigés concernant les obstacles à l'échange d'information et la présence d'entraves à la collaboration liées à des méthodes de travail différentes d'une organisation à l'autre.

Figure 3.16 Perceptions concernant la collaboration entre prestataires de soins, % des initiatives (n=144 à 153)

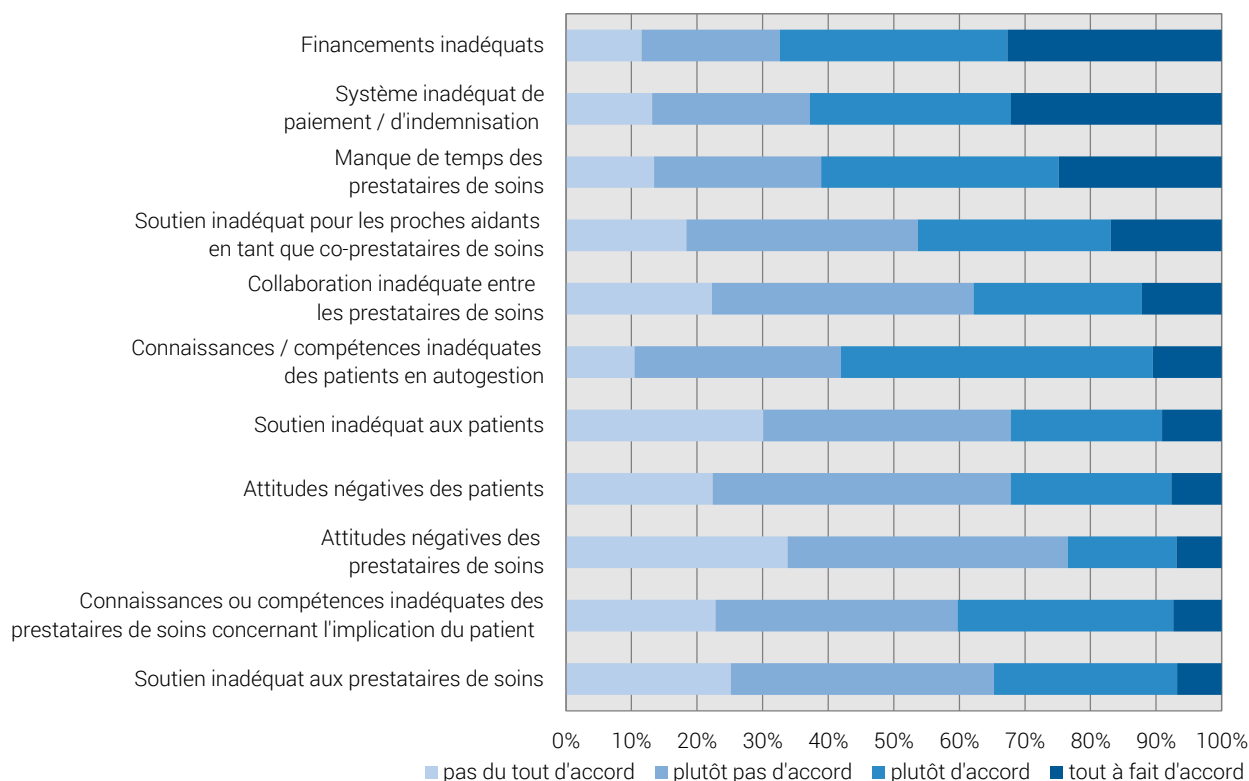
NB : la ligne pointillée marque la limite entre les aspects facilitateurs et les obstacles à la collaboration.

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Perception concernant les obstacles à l'implication des patients

Les répondants pouvaient également reporter, sur la base de leur expérience au sein de l'initiative concernée, dans quelle mesure des barrières ou des difficultés spécifiques entravaient l'implication des patients ou une démarche centrée sur ce dernier (Figure 3.17). Ainsi, la majorité des répondants pointent un financement et un système d'indemnisation inadéquats comme faisant obstacles à une démarche de soins intégrés centrée sur le patient (plus de 60% des cas). Le manque de temps des différents prestataires de soins est une difficulté soulignée par un peu plus de la moitié des initiatives.

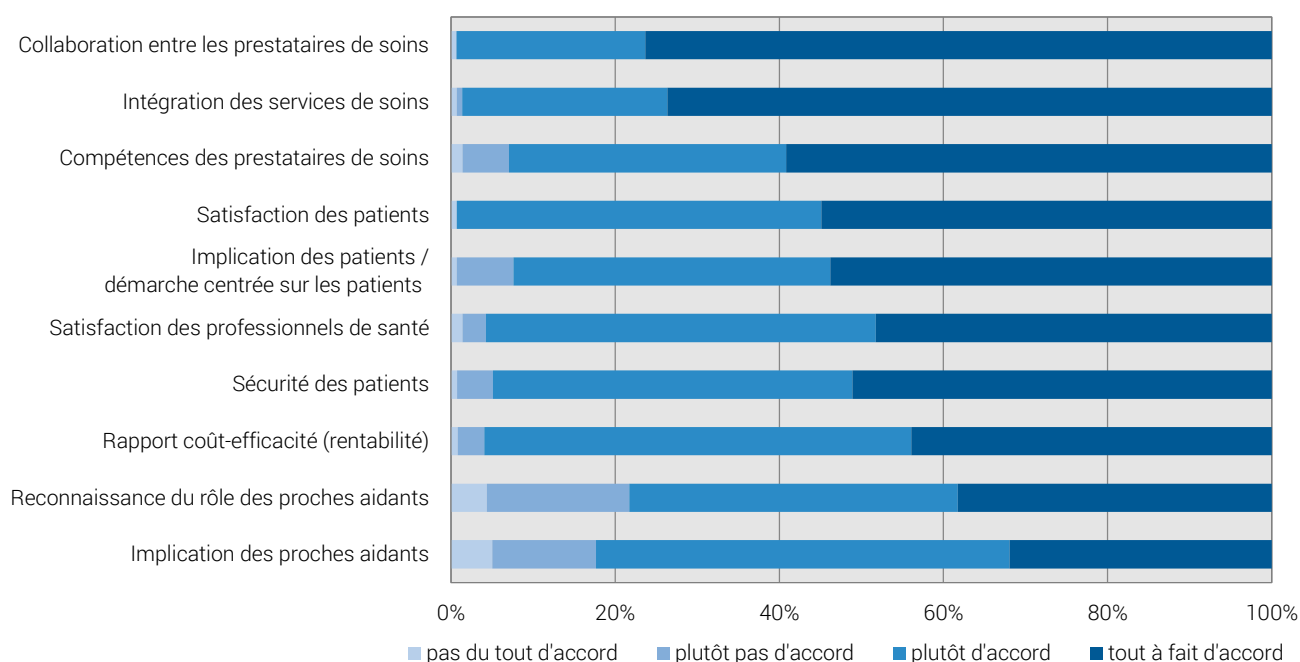
Figure 3.17 Perceptions concernant les obstacles à l'implication des patients, % des initiatives (n=136 à 149)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Perception des améliorations obtenues

Les répondants pensent que les initiatives menées ont permis d'apporter de nombreuses améliorations, en moyenne sur huit différents aspects parmi les onze propositions du questionnaire. Presque unanimement, les mesures mises en place sont perçues comme ayant amélioré la collaboration entre les prestataires de soins (Figure 3.18). Une grande majorité des initiatives semblent avoir permis d'obtenir des améliorations de la satisfaction des professionnels de santé.

Figure 3.18 Perception des améliorations obtenues, % des initiatives (n=115 à 152)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

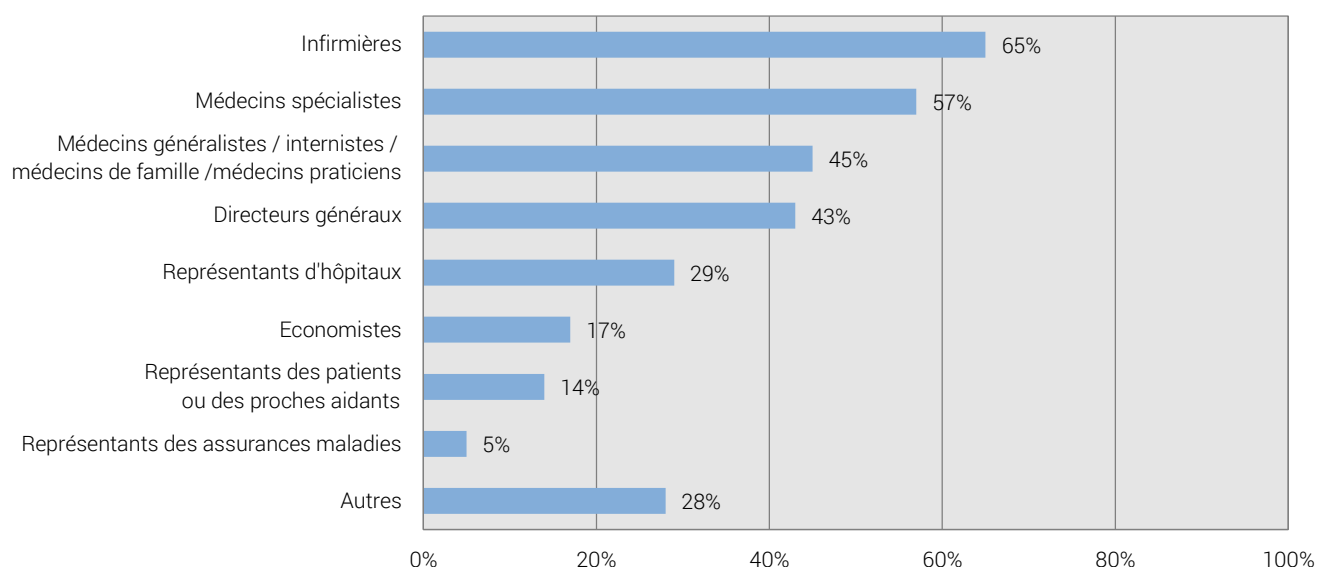
© Obsan 2017

3.2.14 Gouvernance des initiatives

A la tête des initiatives, on retrouve principalement des infirmières ou des médecins (Figure 3.19). Les infirmières étaient impliquées dans la gouvernance de deux tiers des projets, et les médecins dans à peu près la moitié (57% pour les spécialistes et 45% pour les généralistes/internistes). En revanche, des professions externes aux soins tels que des économistes, des représentants des patients ou des assurances sont nettement moins souvent impliqués au niveau de la gouvernance.

Un nombre important de répondants ont sélectionné « Autre » à cette question: il en ressort que 20 d'entre eux désignaient un « autre prestataire de santé » au sein de la gouvernance, 11 désignaient un « représentant de services sociaux et/ou communautaires » et six un « représentant politique et/ou des autorités locales ».

Figure 3.19 Parties impliquées dans la gouvernance, % des initiatives (n=155)



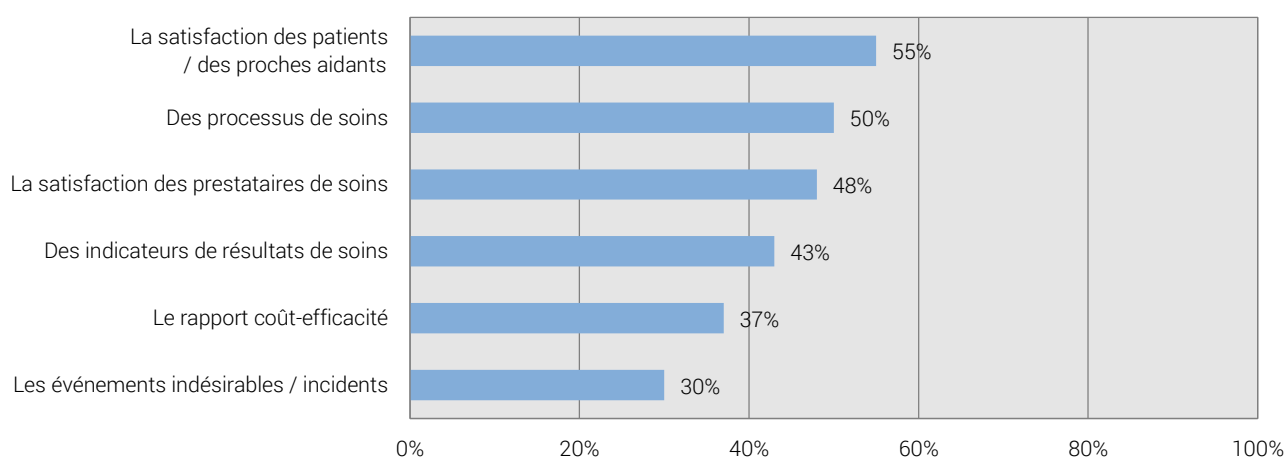
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.2.15 Évaluation des initiatives

Plus de deux tiers des répondants (n=108) déclarent avoir déjà évalué leur initiative au moment de l'enquête, en majorité par une évaluation interne. La Figure 3.20 montre les éléments sur lesquels ont porté les évaluations déjà menées: la majorité des évaluations sont axées sur la satisfaction des patients et/ou des proches aidants, ainsi que sur les processus de soins.

Figure 3.20 Éléments évalués, % des initiatives (n=136)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

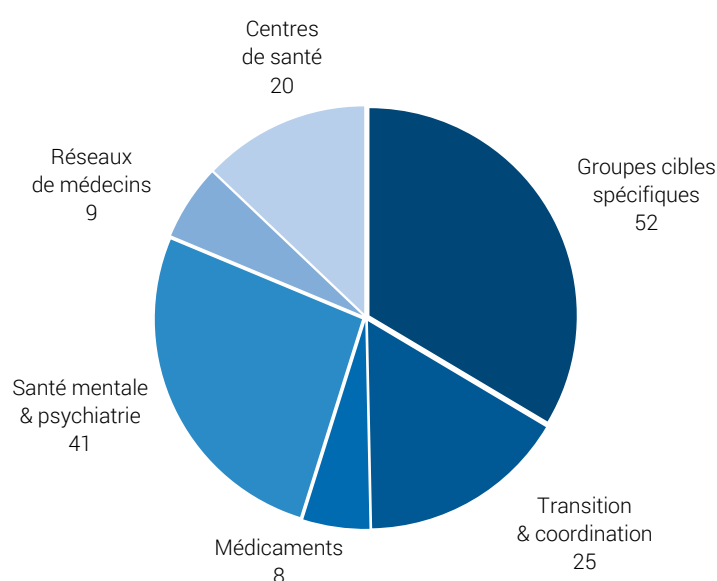
3.3 Résultats en fonction des catégories d'initiatives

Rappelons en préambule qu'une catégorisation des 155 initiatives de soins intégrés incluses a été élaborée a posteriori par les auteurs (cf. Chapitre 2.4). Le lecteur retrouvera dans le Tableau 2.1 les éléments utilisés pour élaborer les six catégories suivantes: les initiatives axées sur la « Santé mentale & psychiatrie », les initiatives destinées à des « Groupes cibles spécifiques » (hors santé mentale), les « Réseaux de médecins », les « Centres de santé » proposant de nombreux niveaux de prise en charge au sein d'une même organisation, les initiatives axées sur des activités de « Transition & coordination », et enfin les initiatives ciblant avant tout les « Médicaments ». Les lecteurs intéressés trouveront dans l'Annexe 6.5 l'attribution des initiatives aux différentes catégories susmentionnées.

3.3.1 Répartition des différentes catégories d'initiatives

La Figure 3.21 montre que les catégories qui regroupent le plus d'initiatives sont les « Groupes cibles spécifiques » et la « Santé mentale & psychiatrie ». Celles qui comprennent le moins sont les catégories « Réseaux de médecins » et « Médicaments ».

Figure 3.21 Nombre d'initiatives par catégorie (n=155)

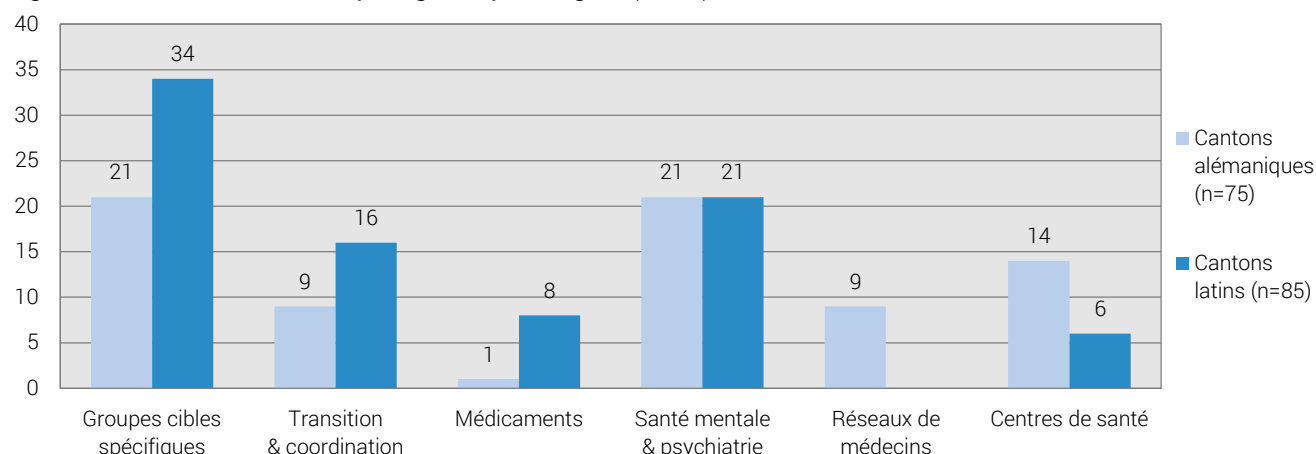


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.3.2 Répartition des catégories entre la Suisse latine et la Suisse alémanique

Une analyse territoriale met en évidence quelques différences entre la Suisse alémanique et la Suisse latine (Figure 3.22). On voit que les « Centres de santé » sont plus implantés en Suisse alémanique qu'en Suisse latine. Les neuf « Réseaux de médecins » répondant aux critères d'inclusion de l'enquête ne sont présents que dans la partie alémanique de notre pays. Les cantons latins disposent cependant de plus d'initiatives des catégories « Groupes cibles spécifiques », « Transition & coordination » et « Médicaments ». Cinq initiatives sont implantées dans les deux régions.

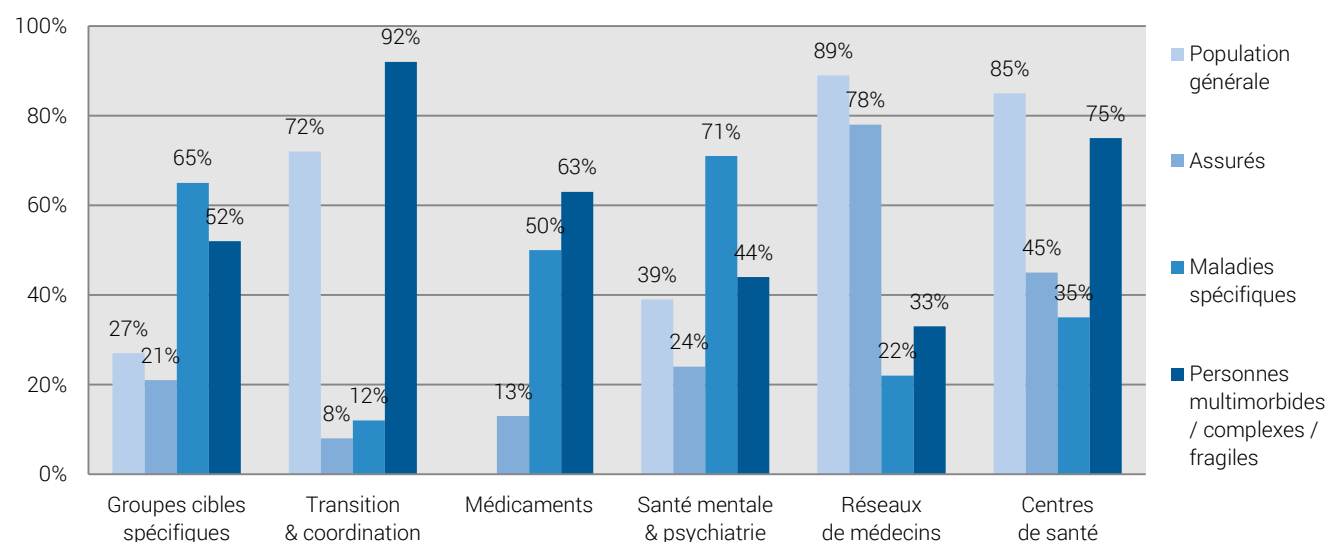
Figure 3.22 Nombre d'initiatives par région et par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.3.3 Groupes cibles des initiatives, par catégorie

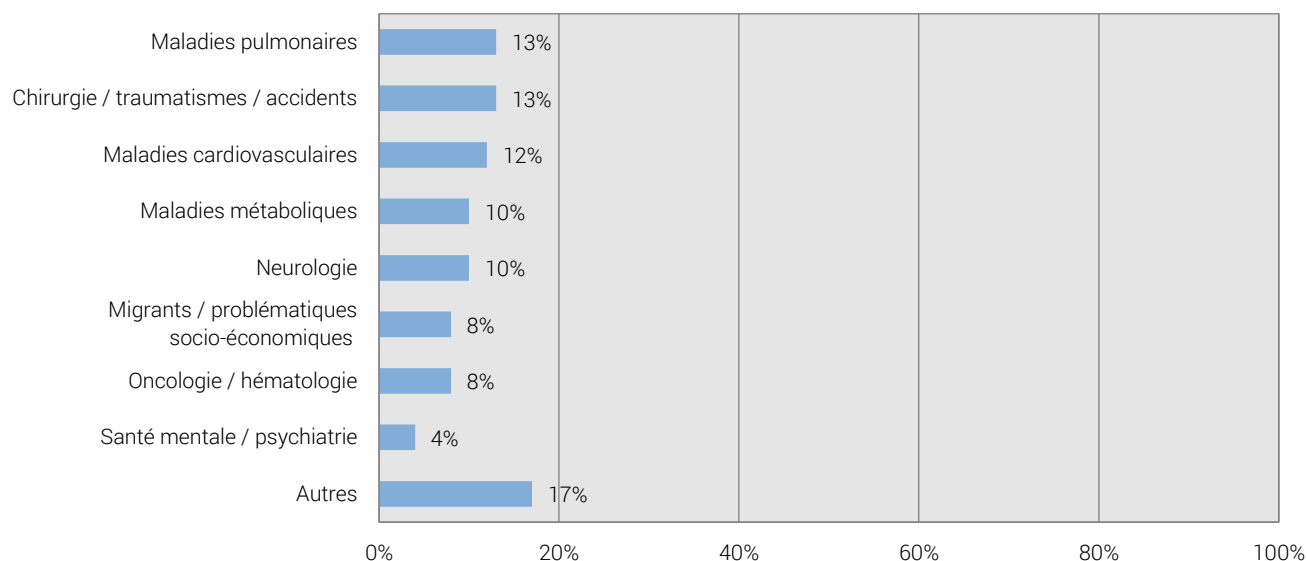
La distribution par catégorie des quatre groupes le plus fréquemment ciblés (Figure 3.23) montre que les initiatives de « Santé mentale & psychiatrie » et « Groupes cibles spécifiques » s'adressent avant tout à des maladies spécifiques, mais également à d'autres groupes, notamment les personnes multimorbides. Les « Centres de santé » et les initiatives de « Transition & coordination » visent autant la population générale que les personnes multimorbides. Les « Réseaux de médecins » ciblent avant tout la population générale et les assurés.

Figure 3.23 Groupes cibles, % des initiatives par catégorie (n=154)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

La Figure 3.24 propose une analyse plus détaillée des maladies ciblées par les 51 initiatives de la seule catégorie « Groupes cibles spécifiques ». Elle révèle que les cas de chirurgie, traumatisme et accident, les maladies pulmonaires et les maladies cardiovasculaires représentent les cibles les plus fréquentes (13%, 13% et 12% respectivement), mais que de nombreux autres groupes sont ciblés (17% d'autres non regroupables).

Figure 3.24 Détails des groupes de patients ciblés, % des initiatives de la catégorie « Groupes cibles spécifiques » (n=51)

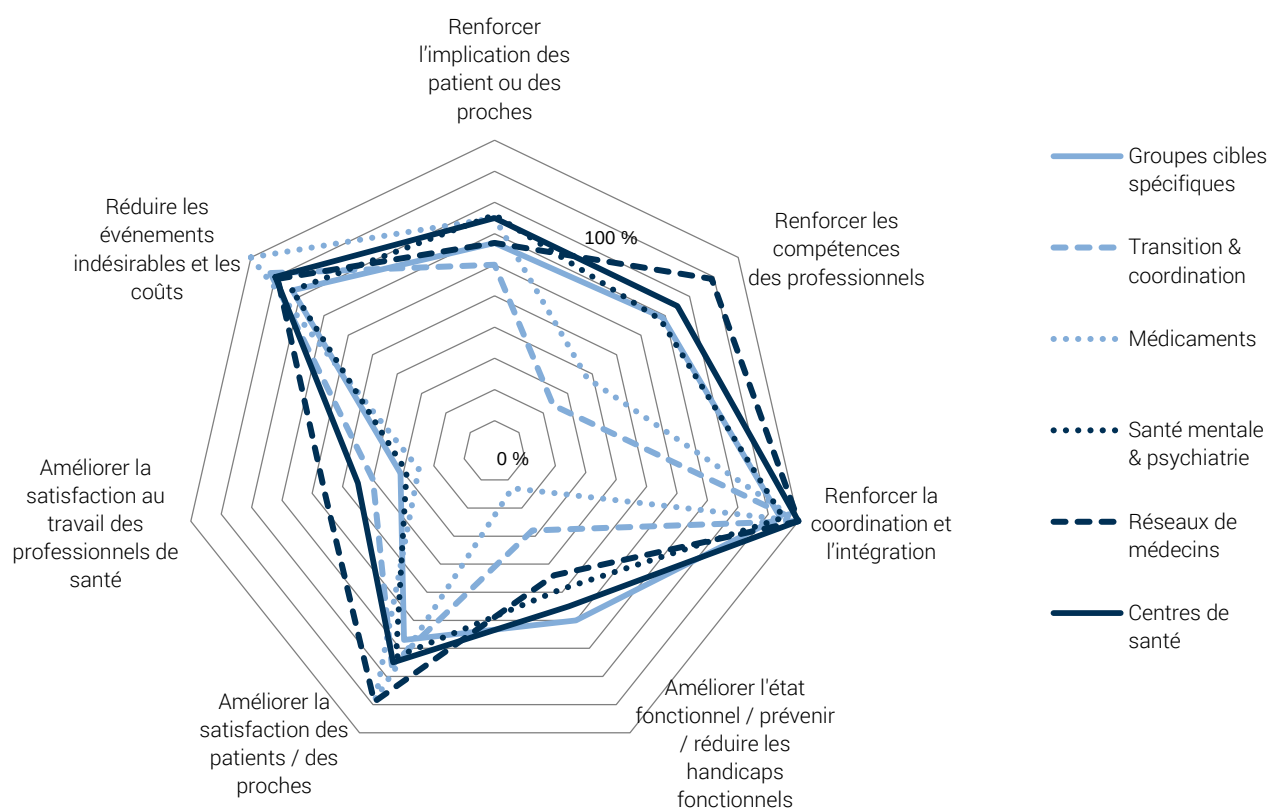
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.3.4 Objectifs des initiatives, par catégorie

Les répondants pouvaient indiquer jusqu'à 20 objectifs différents pour leur initiative. Les résultats révèlent des nombres moyens d'objectifs par catégorie qui s'échelonnent entre 13 (pour les « Réseaux de médecins ») et huit (pour les « Médicaments »).

Ces objectifs ont été regroupés (Annexe 6.6, Tableau 6.3) dans la Figure 3.25 qui montre que la majorité des initiatives visent un renforcement de la coordination et de l'intégration, la réduction des événements indésirables et des coûts, et l'amélioration de la satisfaction des patients et des proches aidants. Le renforcement des compétences des professionnels est ciblé dans près de 90% des initiatives des « Réseaux de médecins » alors qu'il n'est ciblé que par moins d'un quart des initiatives « Transitions & coordination ».

Figure 3.25 Objectifs, % des initiatives par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

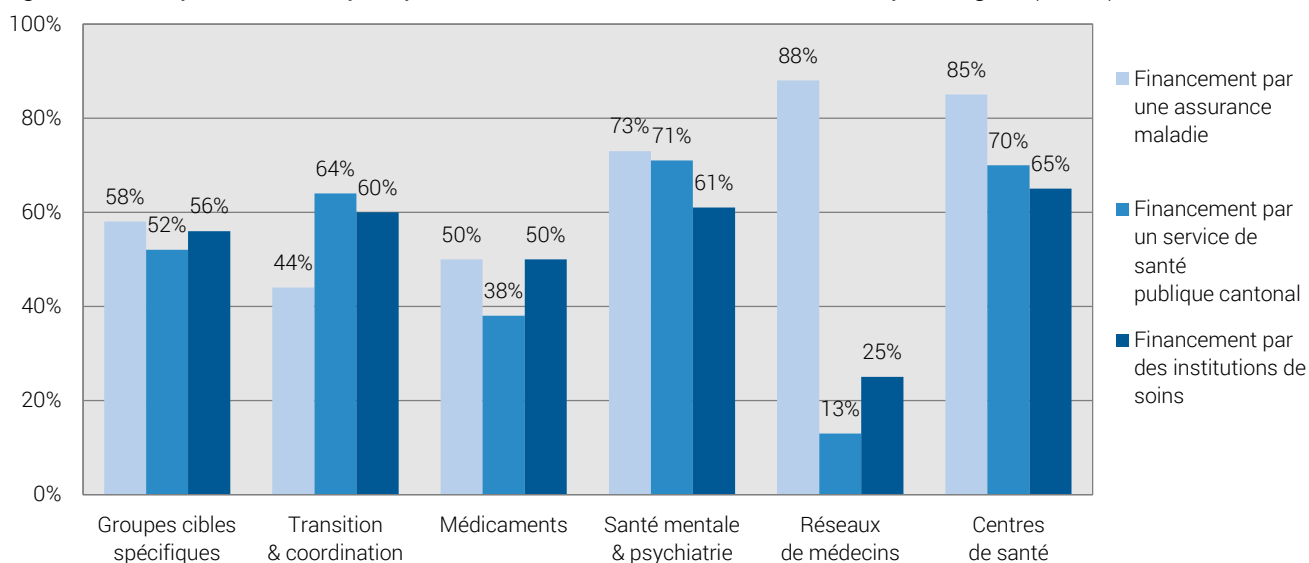
© Obsan 2017

3.3.5 Sources de financement, par catégorie

Les « Centres de santé » recourent à une moyenne de près de quatre sources de financement. Les initiatives des catégories « Groupes cibles spécifiques », « Santé mentale & psychiatrie » et « Réseaux de médecins » en indiquent trois, tandis que celles de la catégorie « Médicaments » n'en ont que deux.

Le graphique suivant présente la répartition des trois principales sources de financement en fonction des catégories (Figure 3.26). La contribution des assurances est plus ou moins fréquente entre les catégories: c'est largement la source de financement la plus souvent évoquée par les initiatives de la catégorie « Réseaux de médecins ». Par contre, elle est citée dans un peu moins de la moitié des initiatives « Transition & coordination », qui évoquent surtout les Services de santé publique cantonaux et les Institutions de soins. Les apports des Services de santé publique cantonaux sont également évoqués dans plus de deux tiers des initiatives de « Santé mentale & psychiatrie » et des « Centres de santé ». C'est pour les « Réseaux de médecins » que les Services de santé publique sont le moins fréquemment cités.

Figure 3.26 Fréquence des trois principales sources de financement, % des initiatives par catégorie (n= 150)



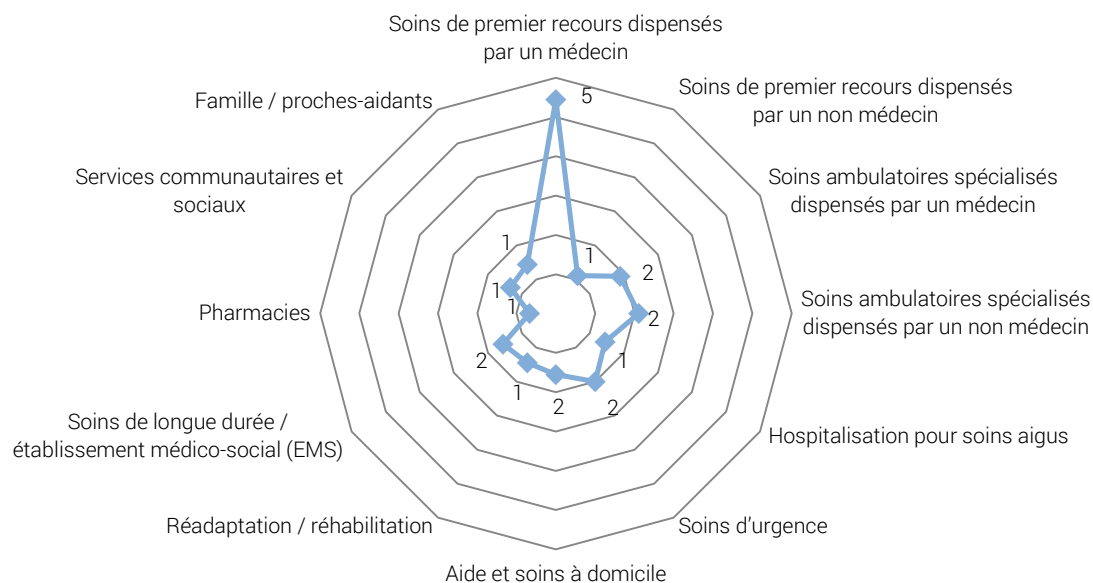
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Un autre élément intéressant à signaler (hors graphique) montre que ce sont les « Centres de santé » qui évoquent le plus fréquemment les contributions des patients (60% des initiatives de cette catégorie).

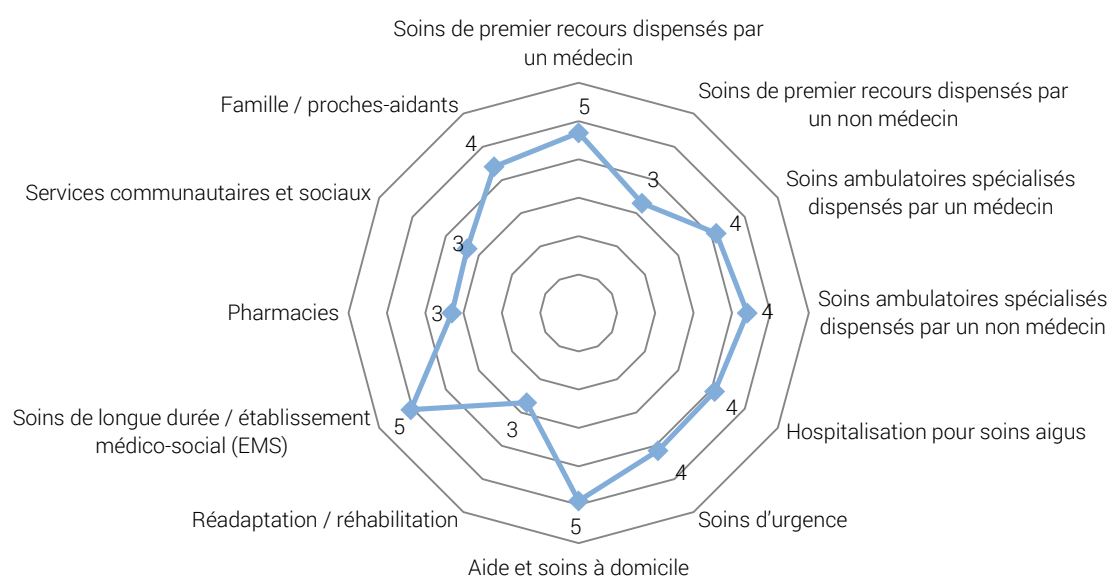
3.3.6 Niveaux de soins intégrés ciblés, par catégorie

Les 12 niveaux intégrables dans les initiatives et le nombre de fois que chacun d'entre eux fait l'objet d'une intégration avec un autre niveau gagnent à être présentés sous la forme de graphiques en toile d'araignée: plus la surface couverte est grande, plus le nombre et la variété de niveaux intégrés est grand. Les figures ci-dessous présentent deux exemples emblématiques des différences qui peuvent être constatées entre catégories. Les « Réseaux de médecins » cherchent principalement à améliorer l'intégration des soins de premiers recours dispensés par un médecin avec les autres niveaux, moins les autres niveaux entre eux (Figure 3.27). Les « Centres de santé » cherchent à améliorer l'intégration d'un plus large éventail de niveaux au sein du système de santé (Figure 3.28). Les résultats pour les autres catégories sont présentés dans l'Annexe 6.8.

Figure 3.27 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Réseaux de médecins » (n=9)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

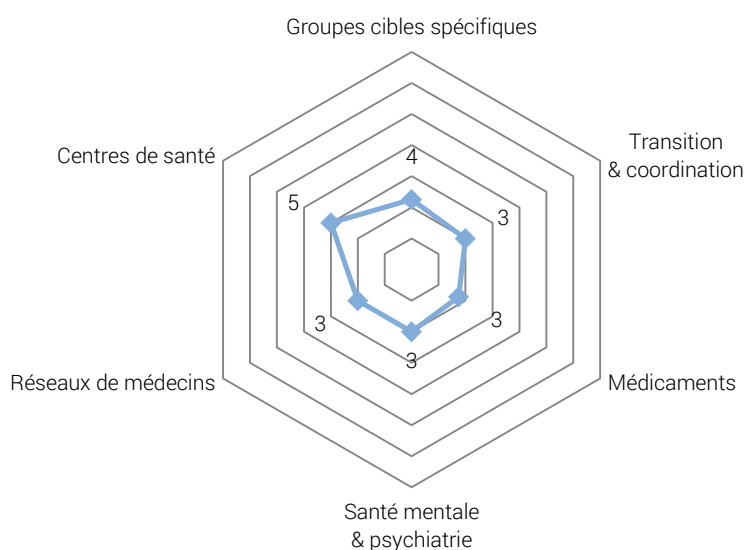
Figure 3.28 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Centres de santé » (n=20)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.3.7 Professionnels impliqués, par catégorie

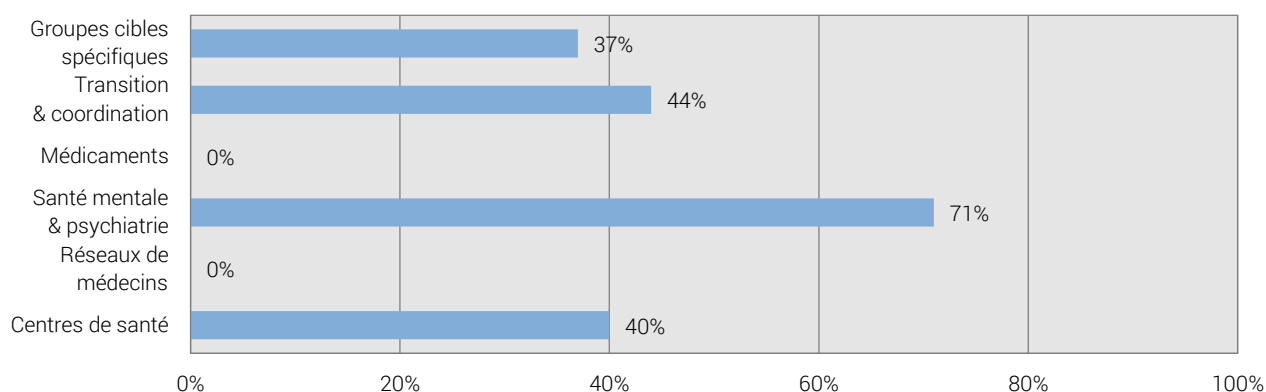
Les analyses révèlent que les « Centres de santé » impliquent le plus de groupes professionnels, avec une médiane à cinq groupes de professionnels (sur les sept possibles) ; les initiatives de la catégorie « Médicaments » et « Santé mentale & psychiatrie » présentent une médiane à trois groupes de professionnels (Figure 3.29).

Figure 3.29 Groupes professionnels impliqués, nombre médian par initiative et par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

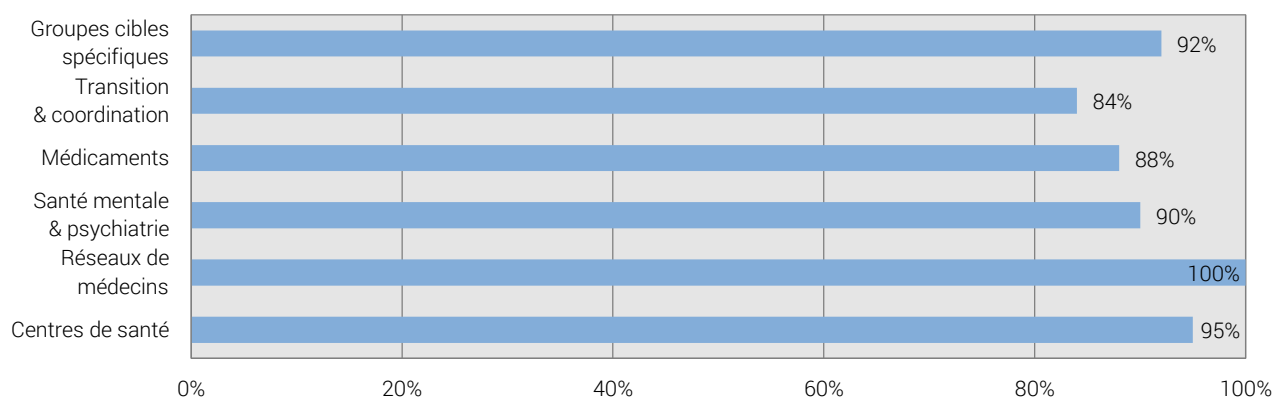
© Obsan 2017

À titre d'illustration, les figures ci-dessous détaillent, pour deux regroupements de professionnels, le pourcentage d'initiatives de chaque catégorie qui les impliquent. Ces résultats montrent que les travailleurs sociaux sont diversement impliqués (Figure 3.30), alors que les médecins (Figure 3.31) sont plus systématiquement présents dans toutes les catégories d'initiatives. Les résultats complets sont disponibles en Annexe 6.10.

Figure 3.30 Initiatives impliquant des travailleurs sociaux, % par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 3.31 Initiatives impliquant des médecins, % par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

3.4 Éléments du *Chronic Care Model* présents dans les initiatives

Parmi les 155 initiatives de soins intégrés incluses, 154 indiquent cibler des patients atteints par une ou plusieurs maladies chroniques. Une analyse de cohérence entre les réponses fournies par les initiatives et les éléments préconisés par le *Chronic Care Model* (CCM, voir la Figure 2.1 et l'Annexe 6.3) est présentée dans ce chapitre. Ces résultats sont proposés globalement dans le Tableau 3.5 et ils montrent que les initiatives incluent de nombreux éléments du CCM: l'échange d'informations entre les patients et les soignants est le plus fréquent, tandis que le monitoring des performances des prestataires et du système est le moins souvent évoqué.

Tableau 3.5 Éléments du *Chronic Care Model* présents dans les initiatives, % des initiatives (n=154)

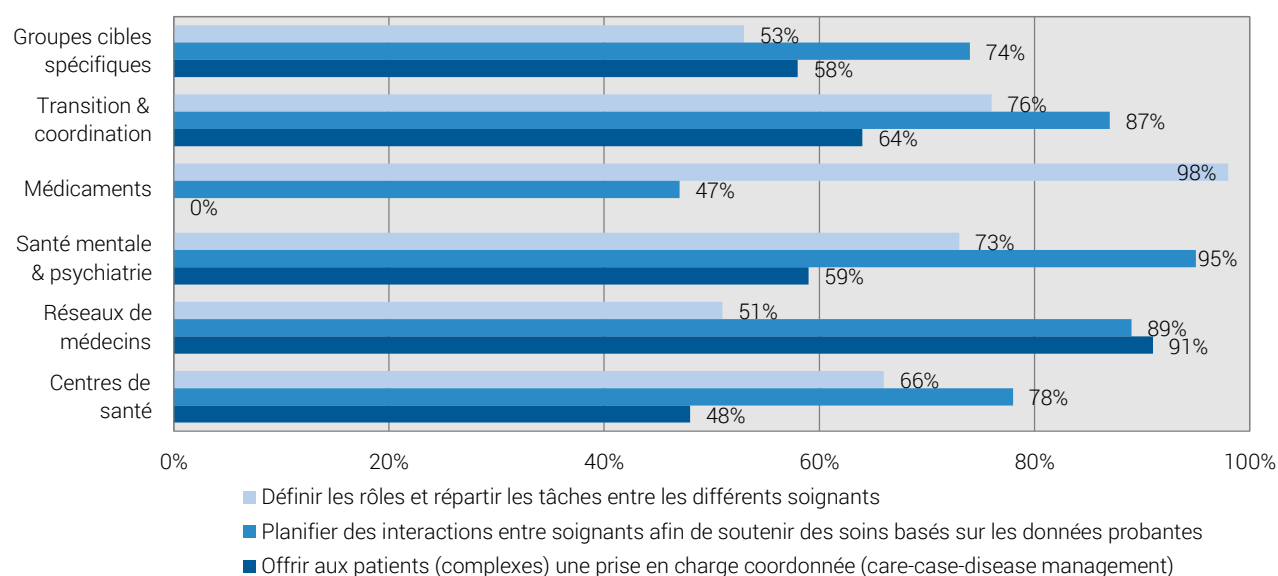
Éléments du <i>Chronic Care Model</i>	%
Organisation des prestations	
Définir les rôles et répartir les tâches entre les différents soignants	66%
Planifier des interactions entre soignants afin de soutenir des soins basés sur les données probantes	81%
Offrir aux patients (complexes) une prise en charge coordonnée (care-/case-/disease management)	56%
Soutien à la décision clinique	
Intégrer les données probantes dans la pratique clinique quotidienne	68%
Recourir à des méthodes reconnues pour la formation des soignants	79%
Faciliter l'accès aux spécialistes	73%
Systèmes d'information cliniques	
Organiser les données des patients et de la population de manière à faciliter des soins efficaces et efficients	78%
Mettre des systèmes de rappel à disposition des patients et des soignants	31%
Identifier les sous-populations qui bénéficient d'une prise en charge proactive	32%
Echanger des informations entre les patients et les soignants afin de coordonner la prise en charge	88%
Monitorer les performances des prestataires et du système de soins	15%
Soutien à l'autonomie des patients	
Souligner le rôle central des patients dans la prise en charge de leur santé	82%
Recourir à des stratégies de soutien aux patients qui incluent l'évaluation, des objectifs, des actions, la résolution de problèmes, et le suivi	73%
Organiser les ressources internes et communautaires de manière à proposer un suivi et un soutien continu aux patients	80%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

L'analyse par catégorie d'initiatives fournit une image plus différenciée. Ainsi, en ce qui concerne l'organisation des prestations, on peut noter que la planification des interactions entre soignants est l'élément que l'on retrouve le plus fréquemment dans les initiatives de toutes les catégories, sauf dans la catégorie « Médicaments » dont les initiatives indiquent majoritairement définir les rôles entre soignants (Figure 3.32).

Figure 3.32 Organisation des prestations, % d'initiatives, par catégorie (n=154)

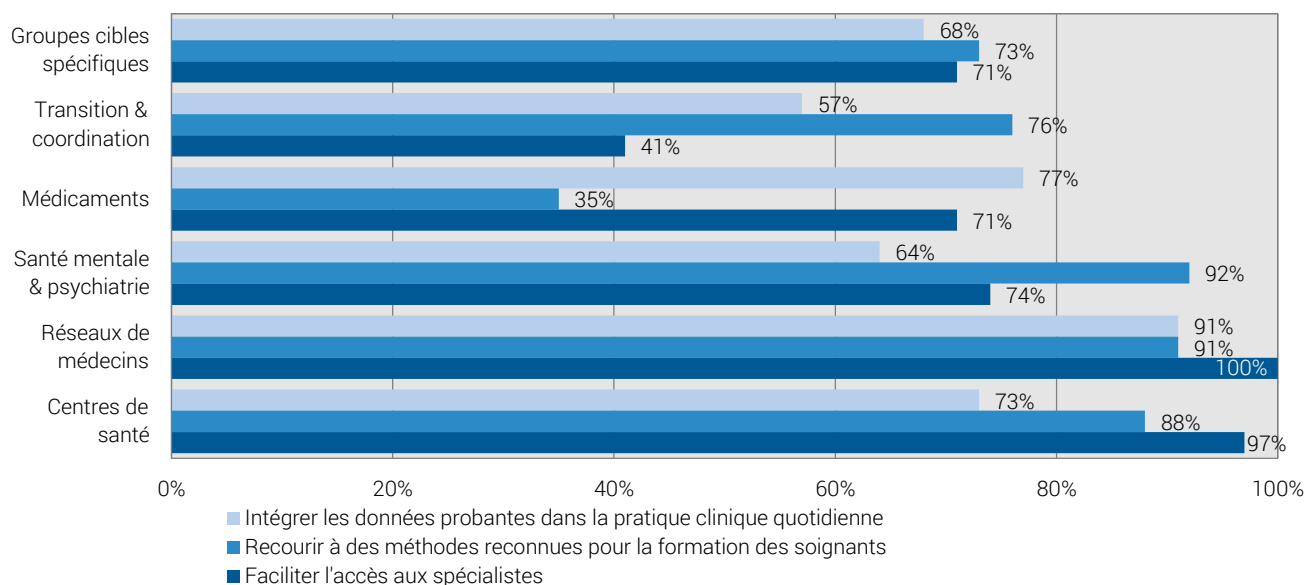


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

En ce qui concerne le soutien à la décision clinique, les « Réseaux de médecins » indiquent avoir mis en œuvre chacun des trois éléments suivants dans plus de 90% des initiatives: l'intégration des données probantes, les méthodes de formation reconnues et l'accès facilité aux spécialistes (Figure 3.33).

Figure 3.33 Soutien à la décision clinique, % d'initiatives, par catégorie (n=154)

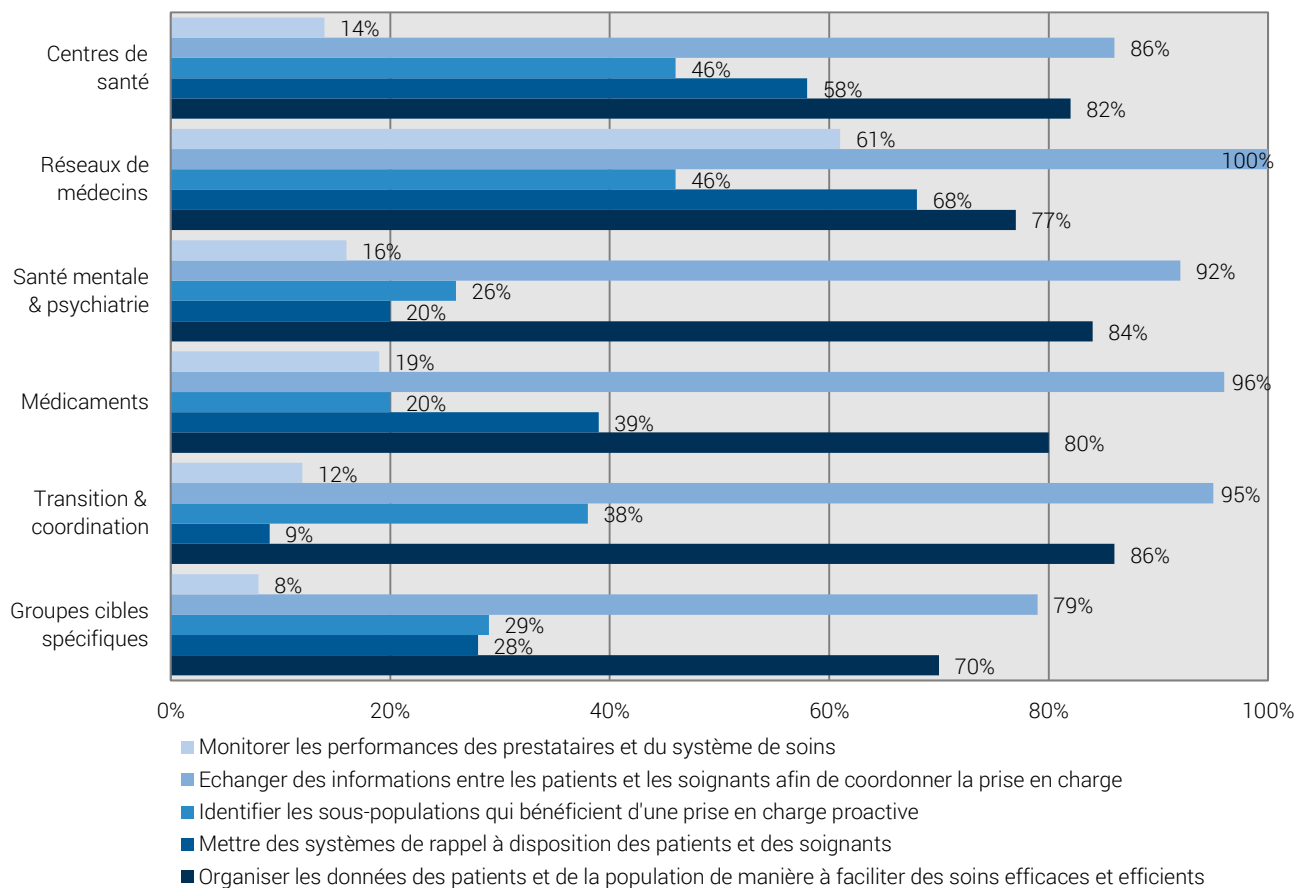


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

La Figure 3.34 montre que, pour les systèmes d'information clinique, c'est l'échange d'information entre patients et soignants qui est l'élément le plus fréquent, tandis que le monitoring des performances est le moins fréquemment reporté.

Figure 3.34 Systèmes d'information clinique, % d'initiatives, par catégorie (n=154)

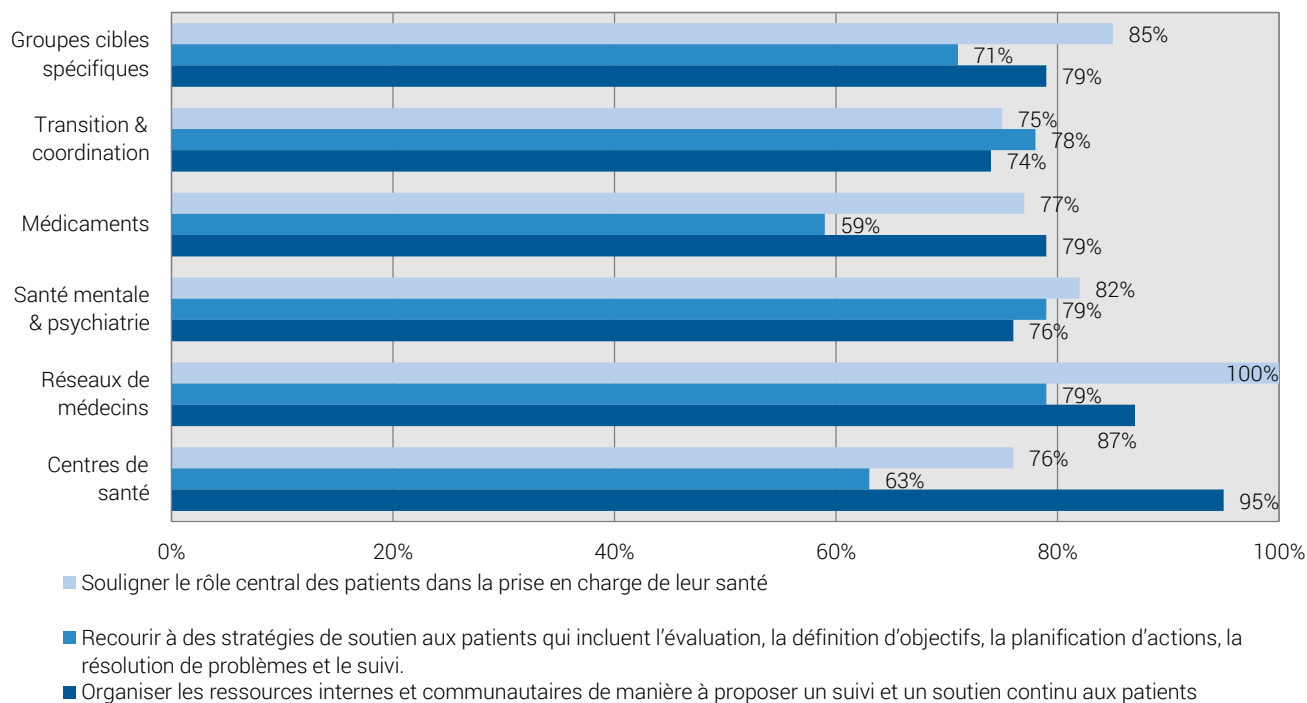


Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Enfin, les trois éléments du soutien à l'autonomie des patients sont mis en œuvre dans la majorité des initiatives de toutes les catégories (Figure 3.35), même si les initiatives de la catégorie « Médicaments » et « Centre de santé » sont un peu moins nombreuses à mentionner des stratégies de soutien aux patients incluant notamment l'évaluation, la définition d'objectifs, la planification d'actions et le des objectifs et des actions.

Figure 3.35 Soutien à l'autonomie des patients, % d'initiatives, par catégorie (n=154)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Le lecteur intéressé trouvera dans le Tableau 6.1 de l'Annexe 6.3 tous les résultats des réponses ayant permis de construire ces analyses du CCM.

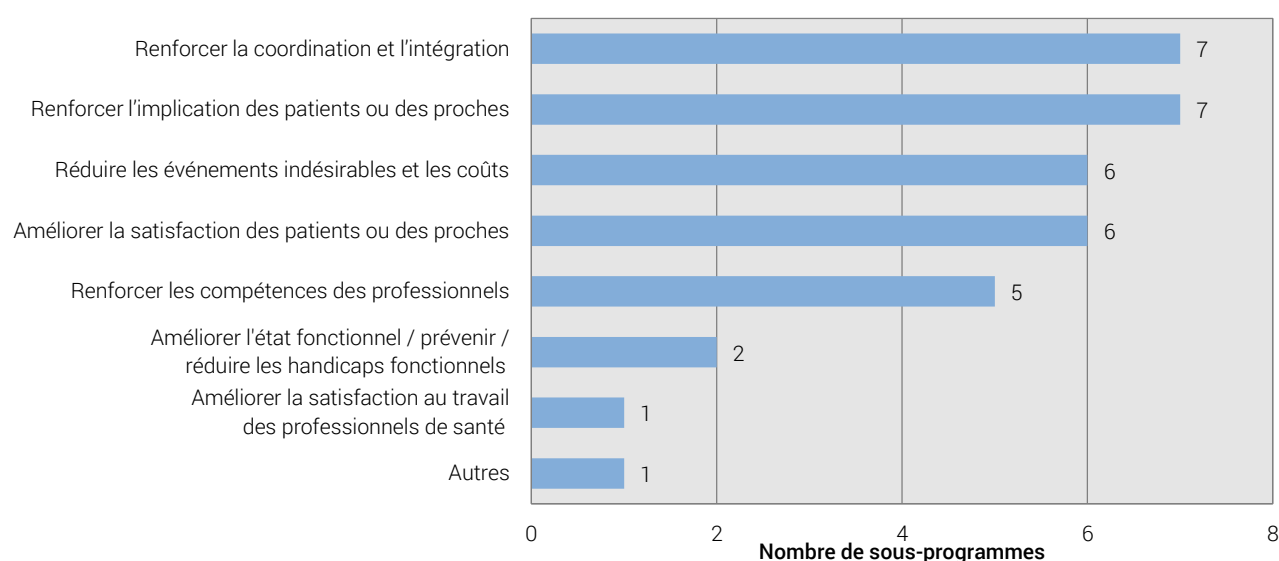
3.5 Résultats des sous-programmes

Comme indiqué précédemment (Chap. 3.1), parmi les 162 initiatives incluses, sept représentent des sous-programmes d'une initiative plus large, le Programme Cantonal Diabète (PCD, Canton de Vaud). Etant donné que les données du PCD sont analysées avec les autres initiatives dans les Chap. 3.2 et 3.3, seuls quelques éléments des sept sous-programmes du PCD sont présentés ici. Leurs caractéristiques principales sont présentées dans l'Annexe 6.5.

Ces sous-programmes ont été mis en œuvre entre 2004 et 2015, c'est-à-dire parfois déjà avant le début du PCD lancé en 2010. Tandis que trois sous-programmes ciblent les diabétiques en général ; les quatre autres ciblent spécifiquement des sous-groupes de personnes diabétiques: les femmes enceintes, les diabétiques avec pathologie rénale, les patients avec pied diabétique, les transitions entre la diabétologie pédiatrique et la diabétologie adulte. Par ailleurs, six sous-programmes sur sept ciblent les patients avec au moins deux maladies chroniques.

Ces sous-programmes impliquent entre quatre et neuf groupes professionnels, avec, dans tous les cas, des médecins spécialistes, des diététiciennes et des infirmières. Ils visent tous à renforcer la coordination et l'intégration, ainsi qu'à renforcer l'implication des patients ou des proches aidants (Figure 3.36).

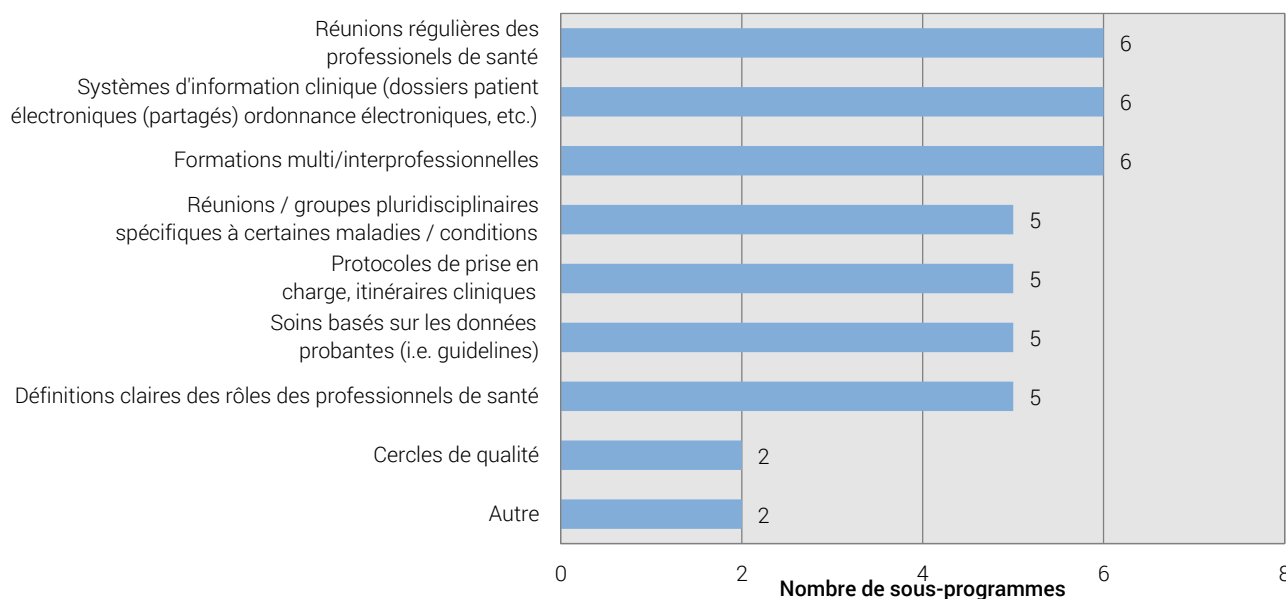
Figure 3.36 Objectifs visés, sous-programmes du PCD (n=7)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

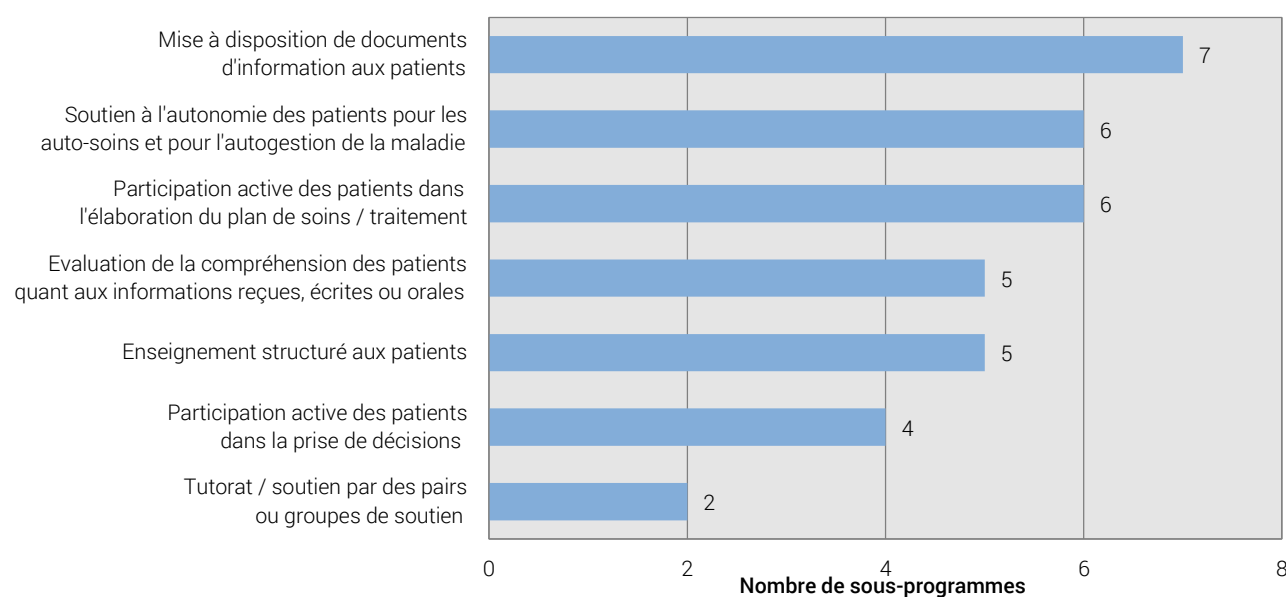
© Obsan 2017

Tandis que les interventions de ces sous-programmes destinées aux professionnels sont présentées dans la Figure 3.37, celles destinées aux patients sont détaillées dans la Figure 3.38.

Figure 3.37 Interventions visant à soutenir les professionnels, sous-programmes du PCD (n=7)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

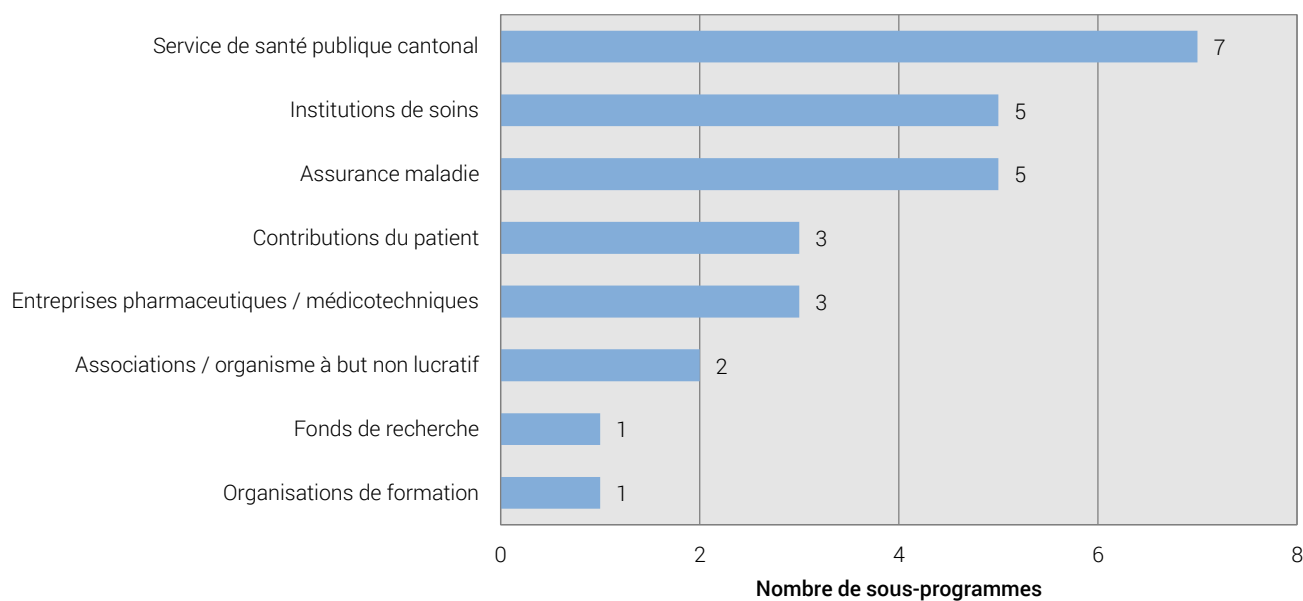
© Obsan 2017

Figure 3.38 Mesures visant à impliquer les patients, sous-programmes du PCD (n=7)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

En plus des financements issus de la santé publique vaudoise, les sous-programmes indiquent majoritairement disposer de sources de financement institutionnelles et de financements provenant des assurances maladies (Figure 3.39).

Figure 3.39 Sources de financement, sous-programmes du PCD (n=7)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Enfin, les niveaux les plus fréquemment intégrés par ces sous-programmes sont les soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin, l'aide et soins à domicile et les soins de premier recours dispensés par un médecin. Cependant, la paire de niveaux la plus fréquemment ciblées (cinq des sept sous-programmes) est composée des niveaux « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin » et « Familles & Proches aidants ».

4 Conclusion

4.1 Résumé des résultats principaux

Résultats globaux

L'Enquête suisse sur les soins intégrés, menée entre 2015 et 2016, a mis en évidence le nombre important d'initiatives en cours dans ce domaine dans tout le pays, avec une accélération de la mise en œuvre de nouveaux projets depuis 2010.

Les initiatives de soins intégrés identifiées se caractérisent par leur hétérogénéité, en termes de structures et d'acteurs engagés dans leur gouvernance, de groupes ciblés et de professionnels concernés. Bien que les médecins spécialistes et internistes ainsi que les infirmières en soins généraux et spécialisés soient le plus fréquemment impliqués dans ces initiatives, on notera l'importante présence des travailleurs sociaux et des autres prestataires non-médicaux, ainsi que l'émergence de professionnels avec de nouvelles compétences, comme les infirmières de pratique avancée.

Bien que les initiatives ciblent le plus fréquemment une amélioration de la coordination et/ou de la continuité des soins ainsi que de la collaboration entre prestataires, on relève une variété d'autres objectifs tels que la réduction des coûts et des événements indésirables, de même que l'amélioration de la satisfaction et le renforcement de l'implication des patients. Afin d'atteindre ces objectifs, de nombreux éléments sont en place:

- pour les patients, des prestations qui incluent des soins ambulatoires spécialisés proposés par des (non-)médecins, des approches de promotion de la santé et de prévention, des processus de coordination des soins, de gestion des traitements médicamenteux et de *care/disease management*, ainsi que de l'enseignement thérapeutique ;
- pour les professionnels, la tenue de réunions régulières et de formations multi/interprofessionnelles principalement, ainsi que, fréquemment, un travail sur la définition des rôles de même que la mise à disposition de systèmes d'information clinique.

Parmi les outils informatisés, c'est le dossier du patient qui est le plus largement implanté. Notons également que des échanges électroniques se produisent entre prestataires de soins et entre patients et soignants. De nombreux autres outils (prescriptions, registres, plan de soins, rappels, etc.) sont disponibles, mais dans un nombre limité d'initiatives.

Les perceptions des responsables des initiatives suggèrent que les acteurs ne rencontrent pas de problèmes majeurs en termes de collaboration entre les prestataires impliqués. Toutefois, une majorité de répondants estiment que les financements et le système d'indemnisation actuels, ainsi que le manque de temps des professionnels font obstacle à une démarche de soins intégrés centrée sur le patient. Malgré cela, les initiatives semblent apporter de nombreuses améliorations, aussi bien pour les prestataires de soins que pour les patients, un peu moins pour les proches aidants.

Enfin, relevons qu'une large majorité des initiatives ont bénéficié d'une évaluation interne et/ou externe.

Résultats par sous-groupes

Afin de fournir un éclairage supplémentaire sur les soins intégrés existant en Suisse, les initiatives ont été réparties dans six catégories: on trouve ainsi, par ordre de fréquence décroissant, des initiatives ciblant des « Groupes cibles spécifiques », des initiatives ciblant la « Santé mentale & la psychiatrie », des initiatives spécifiquement axées sur les aspects de « Transition & coordination », puis des « Centres de santé », des « Réseaux de médecins » et enfin des initiatives axées sur les « Médicaments ». Bien qu'élaborée a posteriori, cette catégorisation fournit des éléments de réponses à différentes questions soulevées dans cette enquête, notamment concernant la variabilité de la répartition et des caractéristiques des initiatives:

- la répartition régionale: il y a plus de « Centres de santé » et de « Réseaux de médecins » qui répondent aux critères de l'enquête en Suisse alémanique, mais plus d'initiatives des catégories « Groupes cibles spécifiques », « Transition & coordination » et « Médicaments » en Suisse latine ; par contre, il n'y a pas de différence en ce qui concerne les initiatives en « Santé mentale & psychiatrie » ;

- le nombre de niveaux intégrés: les « Centres de santé », devançant toutes les autres catégories, résultat qui n'est pas surprenant puisque cette catégorie a justement été construite pour les initiatives « regroupant, sous une même gouvernance, plusieurs structures et niveaux de prestations de soins » ;
- le nombre de groupes professionnels impliqués: on retrouve les « Centres de santé » en tête ;
- les sources de financement: les assurances apportent une contribution financière dans la majorité des initiatives, cependant, c'est largement la source de financement la plus fréquemment évoquée par les initiatives de la catégorie « Centres de santé » et surtout par les « Réseaux de médecins » ; par contre, ce sont les Services cantonaux de la santé publique ainsi que les Organisations de soins qui sont les plus fréquemment évoqués pour les initiatives de « Transition & coordination ».

Pour toutes les initiatives incluses (sauf une) ciblant des personnes atteintes par des problématiques chroniques, une analyse de cohérence des réponses fournies avec les éléments du *Chronic Care Model* a pu être effectuée. Elle montre que les initiatives de toutes les catégories mettent en œuvre de nombreux éléments préconisés par ce modèle. Cependant, une certaine diversité apparaît entre les catégories dans les composants spécifiques privilégiés.

4.2 Forces et limites de l'enquête

La force de cette première enquête suisse sur les soins intégrés réside principalement dans son processus de recherche complet et systématique à travers tout le pays, suivi d'un taux de réponse de 94%. Les résultats de cette enquête doivent toutefois être interprétés à l'aune des trois limites suivantes, que nous décrivons brièvement ci-dessous: 1. absence de définition consensuelle de ce que sont les soins intégrés ; 2. exhaustivité et qualité des données ; 3. caractère exploratoire des analyses de sous-groupes.

En l'absence d'une définition consensuelle pour les « soins intégrés », une définition opérationnelle spécifique a été utilisée dans le but de circonscrire précisément le périmètre de cette enquête. Ceci a toutefois eu comme conséquence de ne pas considérer certaines initiatives. Par exemple, parmi les critères utilisés, la nécessité d'avoir deux niveaux d'intégration a ainsi motivé l'exclusion de plusieurs types d'initiatives: toutes celles qui ciblent l'intégration de deux structures hospitalières, qui s'efforcent, au sein d'une même institution, de défragmenter les différents services, et tous les modèles renforçant uniquement la collaboration médecin-assistante médicale et la majorité des réseaux de médecins de famille. Le critère requérant l'implication d'au moins deux groupes de professionnels de santé différents a par exemple exclu les initiatives telles que les réseaux de médecins n'ayant pas en leur sein des médecins spécialistes. Enfin, toutes les initiatives considérées comme « standard » (i.e. faisant partie des soins habituellement fournis), n'ont pas été incluses dans notre enquête.

Dans la mesure où le processus de collecte dépendait entièrement de ce que les personnes contactées nous transmettaient, nous ne pouvons exclure que des initiatives aient échappé à notre enquête. En effet, il est possible que les personnes contactées ne nous aient pas forcément relayé vers toutes les initiatives éligibles et/ou que nous n'ayons pas atteint toutes les structures pertinentes. Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire auto-reporté, soumis à une seule personne qui pouvait (ou pas) le remplir avec d'autres responsables, peut également avoir limité la qualité et/ou la conformité des réponses avec la réalité. Rappelons également ici que la méthodologie choisie fournit un état des lieux de l'existant, un reflet d'expériences et de perceptions, et non pas une évaluation formelle. Ainsi, les résultats présentés dans cette enquête ne permettent pas de statuer sur la pertinence, sur la qualité ou sur l'efficacité des initiatives incluses.

Enfin, la répartition a posteriori des initiatives de soins intégrés en six catégories est bien entendu exploratoire et les critères utilisés peuvent être discutés. Néanmoins, les pistes ouvertes nous semblent largement dépasser le caractère arbitraire de cette catégorisation. De manière similaire, les éléments du *Chronic Care Model* comportent potentiellement une grande diversité de composants et leur comparaison avec les réponses fournies par les initiatives reste également un exercice exploratoire.

4.3 Discussion et perspectives

Face à la pression exercée sur les systèmes de santé, des modèles innovants doivent être développés pour réduire la fragmentation des soins. Cette enquête met en lumière l'existence de ces innovations en Suisse, alors même que les réels incitatifs à leur développement et à leur mise en place sont encore limités au niveau fédéral, et qu'ils sont hétérogènes au niveau des cantons comme au niveau des institutions.

Cette enquête montre également que la mise en œuvre de nouvelles initiatives de soins intégrés en Suisse est en augmentation depuis une dizaine d'années. Ces résultats sont très encourageants et cohérents avec ceux obtenus par des projets similaires menés en Europe (Busetto, Luijkx, & Vrijhoef, 2016; Nolte & Hinrichs, 2012; van der Heide et al., 2015) et en Suisse (Berchtold & Peytremann-Bridevaux, 2011; Ebert et al., 2015; Peytremann-Bridevaux & Burnand, 2009), qui ciblent directement ou indirectement les prises en charge chroniques. En présence d'enquêtes proches mais différentes en termes de critères d'éligibilité des initiatives, les comparaisons de résultats sont à faire avec précaution. De plus, faute d'information fiable concernant la couverture des initiatives incluses, il est difficile de se prononcer sur l'adéquation du nombre d'initiatives et des prestations proposées par ces dernières par rapport aux besoins de la population suisse.

Les raisons de cette augmentation encourageante en Suisse sont probablement multifactorielles: conscience de plus en plus aiguë de la nécessité d'intégrer les soins, intérêt de la part des acteurs de visibiliser leurs projets, meilleures connaissances et compétences des acteurs dans la mise en place et dans le maintien de dispositifs intégrés, etc. Rappelons en effet que les soins intégrés requièrent des processus complexes dont la mise en œuvre reste très dépendante du contexte, un élément d'autant plus variable que, dans notre état fédéraliste, les systèmes de santé sont organisés au niveau cantonal et que les prestataires bénéficient d'une importante marge de manœuvre au niveau local.

Cette enquête montre également une certaine cohérence des initiatives incluses avec les recommandations issues du *Chronic Care Model*: renforcement de l'organisation des prestations, soutien à la décision clinique, utilisation de systèmes d'information clinique et soutien à l'autonomie des patients.

Néanmoins, différents aspects constitutifs des soins intégrés (cf. Chap. 1) n'ont été que survolés dans notre enquête et/ou pourraient être explorés dans le futur: les ressources communautaires et le travail en équipe mentionnés dans *Chronic Care Model* (Figure 2.1), ainsi que les proches aidants, un acteur mentionné dans une des plus récentes définitions des soins intégrés (National Voices & Think Local Act Personal, 2013).

- **Ressources communautaires:**

Faute d'être formalisées, des activités menées par certains acteurs communautaires n'ont pas été incluses dans l'enquête. Or, si elles se formalisent, les potentielles (nouvelles) tâches et les (nouveaux) rôles (Nuño, Coleman, Bengoa, & Sauto, 2012) de la communauté dans les soins intégrés en Suisse pourraient par exemple être mis en lumière. Certains acteurs helvétiques y réfléchissent d'ailleurs déjà (Vettori, Trageser, & von Stokar, 2015).

- **Collaboration et travail en équipe interprofessionnelle:**

Les recommandations formulées par différents groupes en Suisse (Atzeni, Schmitz, & Berchtold, 2017; Schibli & Hodel, 2012) montrent que, à contre-pied les résultats de notre enquête suggérant que la collaboration interprofessionnelle ne rencontre pas d'obstacle, la réelle mise en œuvre de ces processus collaboratifs présente une marge d'amélioration. Comme recommandé dans le nouveau programme de la Confédération (OFSP, 2017), les origines de cet écart pourraient être explorées et les bonnes pratiques mises en lumière et disséminées.

Par ailleurs, malgré un contexte helvétique de pénurie annoncé de personnel (Merçay, Burla, & Widmer, 2016) et de nécessité d'améliorer l'environnement professionnel dans les soins (Conseil Fédéral, 2016), il est intéressant de relever que seul un tiers des initiatives a comme objectif d'améliorer la satisfaction des professionnels de santé. Il pourrait être intéressant d'analyser les soins intégrés sous l'angle des (potentiels) bénéfices pour les prestataires de soins.

- **Proches aidants:**

La valorisation des proches aidants et leur soutien ne figure pas fréquemment dans les objectifs des initiatives: ce sont deux aspects qui ont connu le moins d'amélioration selon les répondants. Or, la prise en charge des maladies chroniques repose largement sur leurs épaules et les pistes de renforcement sont nombreuses (Haslbeck, Klein, Bischofberger, & Sottas, 2015). Les initiatives qui intègrent les proches aidants devraient être mises en lumière.

Enfin, les différents résultats obtenus par l'analyse des initiatives en six catégories ont révélé toute la diversité et l'hétérogénéité des soins intégrés en Suisse. Ce foisonnement soulève plusieurs interrogations qu'il serait intéressant d'explorer:

- Quelles sont les forces et les faiblesses des initiatives incluses dans les différentes catégories en termes d'intégration des soins ?
- Cette diversité est-elle souhaitable ? Si oui, comment l'encourager ? Si non, comment la circonscrire ?
- Quelles sont les spécificités du contexte qui favorisent l'émergence / le maintien d'une initiative d'une certaine catégorie ?
- Cette hétérogénéité n'est-elle qu'un reflet de certains leaderships locaux en matière d'innovation ?
- La désirabilité sociale de l'intégration des soins est-elle en train d'augmenter ? Si oui, va-t-elle favoriser les changements de pratiques et l'émergence de nouvelles formes de soins intégrés ?

Nous souhaitons que les résultats de cette enquête valorisent les nombreuses initiatives existantes ainsi que les acteurs déjà impliqués dans le domaine des soins intégrés, et encouragent les autres à les rejoindre: collaborez, coordonnez, communiquez, échangez et défragmentez ! Un impératif pour tous les acteurs du système de santé: les décideurs, les prestataires, les patients et leurs proches aidants.

5 Bibliographie

- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW. *Swiss Academies Reports*, 12(2), 59.
- Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2011). Integrated care organizations in Switzerland. *Int.J.Integr.Care*, 11. Consulté à l'adresse www.ijic.org
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs (Project Hope)*, 27(3), 759-769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.
- Busetto, L., Luijckx, K., & Vrijhoef, H. J. M. (2016). Development of the COMIC Model for the comprehensive evaluation of integrated care interventions. *International Journal of Care Coordination*, 19((1-2)), 47-58. <https://doi.org/10.1177/2053434516661700>
- Conseil Fédéral. (2016). *Le Conseil fédéral prend des mesures pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié dans le domaine des soins* (Communiqué de presse) (p. 2). Berne (Suisse): Confédération suisse. Consulté à l'adresse www.admin.ch
- Dialogue de la politique nationale de la santé. (2013). *Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité »* (p. 119). Berne (Suisse): Office fédéral de la santé publique. Consulté à l'adresse www.bag.admin.ch
- Ebert, S., Peytremann-Bridevaux, I., & Senn, N. (2015). Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse. *Dossier OBSAN*, (44), 46.
- Forum Managed Care. (2015a). Enquête 2015 - Réseaux de médecins en Suisse. Consulté 29 octobre 2016, à l'adresse <http://fmc.ch/fr/infoteque/enquete-de-reseaux-de-soins>
- Forum Managed Care. (2015b). « Voyez ce que je vois! » - De la perspective du patient vers plus d'intégration : Rétrospective du Symposium du 24 juin 2015. Consulté 29 octobre 2016, à l'adresse <http://fmc.ch/fr/symposium-prix-dencouragement/retrospective-2015/>
- Goodwin, N. (2016, octobre). *Understanding Integrated care*. Thursday, 20 October 2016 10am – 11:30am présenté à Webinar Series – The Building Blocks of Integrated Care, Webminar. Consulté à l'adresse <http://integratedcarefoundation.org/events/webinar-series-building-blocks-integrated-care>
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I., & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit: die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen* (OBSAN Dossier No. 46) (p. 150). Neuchâtel, Suisse: Observatoire suisse de la santé (Obsan). Consulté à l'adresse www.obsan.admin.ch
- ICIC. (2006, to 2016). The Chronic Care Model: Model Elements. Consulté 19 novembre 2016, à l'adresse www.improvingchroniccare.org
- IHI. (2017). The IHI Triple Aim. Consulté 15 janvier 2017, à l'adresse www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx
- Kodner, D. L. (2009). All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare Quarterly*, 13(Sp), 6-15. <https://doi.org/doi:10.12927>
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications—a discussion paper. *Int.J Integr.Care*, 2, e12.
- Lauvergeon, S., & Peytremann-Bridevaux, I. (2012). Opinions des acteurs du système de santé suisse sur la prise en charge actuelle des maladies chroniques et le développement de prises en charge. *Raisons de santé*, 203. Consulté à l'adresse www.iumsp.ch
- Martínez-González, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(5), 561-570. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu071>
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse: Etat des lieux et projections à l'horizon 2030* (Rapport OBSAN No. 71) (p. 100). Neuchâtel, Suisse: Observatoire suisse de la santé. Consulté à l'adresse www.obsan.admin.ch

- National Voices, & Think Local Act Personal. (2013). *A Narrative for Person-Centred Coordinated Care*. United-Kingdom: National Health Service, UK Department of Health. Consulté à l'adresse www.england.nhs.uk
- Nolte, E., & Hinrichs, S. (2012). *DISMEVAL : Developing and validating disease management evaluation methods for European healthcare systems* (RAND Technical Reports No. TR-1226-EC) (p. 224). RAND Corporation. Consulté à l'adresse www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1226.html
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead, England: Open University Press. Consulté à l'adresse <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=409774>
- Nuño, R., Coleman, K., Bengoa, R., & Sauto, R. (2012). Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICCF Framework. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 105(1), 55- 64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.10.006>
- OECD / WHO. (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland* (No. ISBN 978-92-64-12091-4 (PDF)). OECD Publishing. Consulté à l'adresse www.oecd.org
- Office fédéral de la santé publique. (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse: Rapport en réponse au postulat de Philipp Staehelin (10.3255)* (p. 57). Berne (Suisse): Confédération suisse. Consulté à l'adresse <http://www.bag.admin.ch>
- OFSP. (2017). *Programme de promotion de l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020* (p. 17). Berne (Suisse): Office Fédéral de la Santé Publique. Consulté à l'adresse www.bag.admin.ch/ppinterprof
- Peytremann-Bridevaux, I., & Burnand, B. (2009). Inventory and perspectives of chronic disease management programs in Switzerland: an exploratory survey. *Int.J.Integr.Care*, 9, e93.
- Schibli, D., & Hodel, M. (2012). *Rapport du Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours » de la CDS et de l'OFSP*. Berne: Confédération Suisse & Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Consulté à l'adresse www.gdk-cds.ch
- Singer, S. J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112- 127. <https://doi.org/10.1177/1077558710371485>
- Valentijn, P., Boesveld, I., van der Klauw, D., Ruwaard, D., Struijs, J., Molema, J., ... Vrijhoef, H. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, 15(1). Consulté à l'adresse www.ijic.org
- Valentijn, P. P. (2016). Rainbow of Chaos: A study into the Theory and Practice of Integrated Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.2465>
- van der Heide, I., Snoeijs, S., Melchiorre, M. G., Quattrini, S., Boerma, W., Schellevis, F., ... ICARE4EU, P. team. (2015). *Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe: An overview* (p. 72). Nivel, NL. Consulté à l'adresse www.icare4eu.org
- Vettori, A., Trageser, J., & von Stokar, T. (2015). *Les ligues de la santé en Suisse: tâches, rôles et perspectives* (p. 89). Infras sur mandat de la GELIKO. Consulté à l'adresse www.geliko.ch
- von Wartburg, L., & Näf, F. (2012). *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs 2013–2015* (p. 50). Berne (Suisse): Office fédéral de la santé publique & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Consulté à l'adresse www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik
- Waddington, C., & Egger, D. (2008). *Integrated Health Services - What and why ?* (No. Technical Brief No.1) (p. 8). World Health Organization. Consulté à l'adresse www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996). Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly*, 4(2), 12- 25.
- Wilhelm, M. (2014). *Echantillonnage boule de neige: La méthode de sondage déterminé par les répondants* (Rapport de méthodes) (p. 60). Neuchâtel: Office Fédéral de la Statistique (OBSAN). Consulté à l'adresse www.bfs.admin.ch
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever)* (p. 112). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consulté à l'adresse www.who.int/whr/2008
- Wyss, N., & Coppex, P. (2013). *Stratégie nationale en matière de soins palliatifs : Etat 2013 de la mise en œuvre de prestations de soins palliatifs dans les cantons (Rapport sur les résultats)* (p. 21). Berne (Suisse): Office fédéral de la santé publique & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. Consulté à l'adresse www.gdk-cds.ch

6 Annexes

Annexe 6.1 Complément concernant l'application du protocole

Inclusion/exclusion des initiatives

Comme indiqué au Chap. 2.1.3, les éléments collectés lors des entretiens téléphoniques ont parfois été discutés entre les trois investigateurs principaux.

À titre d'exemple, voici quelques interrogations qui ont suivi ce processus itératif:

- Qu'est-ce qu'une initiative « standard » ?
 - certains modèles existent partout: les équipes mobiles de soins palliatifs par exemple, qui font par ailleurs déjà l'objet de relevés spécifiques et que nous avons décidé de ne pas inclure globalement ; les tumor boards multidisciplinaires, par exemple ceux qui intègrent aussi des oncologues de ville, ont également été exclus ;
 - certains modèles existent depuis longtemps dans certaines régions, alors qu'ils semblent n'avoir pas du tout essaimé ailleurs: c'est le cas notamment des initiatives de liaison hôpital-soins à domicile qui sont « standards » dans certains cantons romands (pas inclus), mais qui viennent d'être lancées ailleurs (inclus) ; des structures de jour (pas inclus) qui, dans certains cantons, collaborent systématiquement avec les soins à domicile et les médecins traitant ; ou encore des structures de soins à domicile qui incluent des prestations sociales (pas incluses) ;
 - des modèles semblent à première vue identiques, mais certains ont des spécificités qui déterminent leur inclusion ou exclusion: des consultations de gériatrie peuvent ainsi se limiter à fournir un avis d'expert ponctuel (standard, donc pas incluse), alors que d'autres (incluses) déclinent leur offre avec des rencontres de réseaux systématiques avec les patients, leurs proches aidants et les autres intervenants, des suivis conjoints, des dossiers informatiques partagés, etc.
 - le caractère « standard » d'une initiative s'est révélé particulièrement difficile à évaluer pour le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, qui fait d'ailleurs l'objet de recherches spécifiques (Office fédéral de la santé publique, 2016): nous n'avons pas inclus les modèles de psychiatrie de liaison, ni les équipes mobiles de psychiatrie, considérés comme standards, mais des initiatives de prises en charge interinstitutionnelles (par ex. services sociaux et services de psychiatrie, santé mentale et intégration professionnelle, parfois mobiles) ont été inclus ;
- Combien de niveaux l'initiative inclut-elle ?
 - la psychiatrie, notamment ambulatoire, s'estime, dans certaines institutions, complètement indépendante des autres structures hospitalières et complique l'application du critère des deux niveaux: les décisions ont dû être prises au coup par coup.

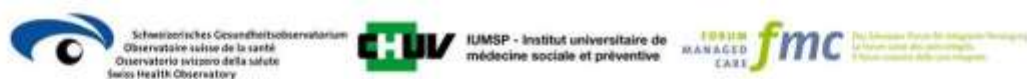
Processus utilisés pour joindre les personnes de contact

Comme indiqué au Chap. 2.2.1, le processus pour joindre les contacts a été adapté dans quelques cas :

- En complément aux contacts pris au niveau cantonal pour les services d'aide et de soins à domicile, l'association faitière nationale des soins à domicile (Spitex Suisse) nous a proposé d'envoyer une newsletter électronique présentant l'enquête à tous ses membres locaux et les encourageant à nous contacter, ce que certains ont fait. Nous n'avons pas fait de relance téléphonique suite à cette newsletter. Selon ce même modèle, l'Association suisse des diététiciennes et des diététiciens a également envoyé une newsletter électronique à tous ses membres ;
- Nous nous sommes assurés que les responsables des services d'oncologie des grands hôpitaux suisses (Hôpitaux universitaires: BE, BS, GE, VD, ZH ; Hôpitaux non-universitaires: AG, LU, SG, Coire et Thun) avaient bien été contactés: lorsque les directions hospitalières ne nous avaient pas déjà recommandé de les solliciter, nous avons joint spécifiquement ces responsables.

Annexe 6.2 Questionnaire utilisé pour la récolte de données en ligne

Pour la version en allemand, prière de prendre contact avec les auteurs.



Enquête suisse sur les soins intégrés Questionnaire en ligne

Merci pour votre participation et pour le temps accordé à ce questionnaire : votre contribution est importante pour nous.

Quelques indications pour bien remplir ce questionnaire :

- Vous pourrez répondre à la plupart des questions en cochant une seule case. Dans certains cas cependant, il vous sera précisé que plusieurs réponses peuvent être cochées. Par ailleurs, quelques questions donnent la possibilité de préciser votre réponse avec du texte libre.
- Le bouton « Suivant » permet de passer à la question suivante. Il sauvegarde automatiquement les réponses déjà fournies. Les réponses peuvent être modifiées après cette sauvegarde.
- Si vous souhaitez interrompre momentanément le questionnaire, cliquez « Poursuivre ultérieurement ». Vos réponses seront sauvegardées et le lien hypertexte fourni par email vous permettra de reprendre le questionnaire là où vous l'aurez laissé.
- Si vous voulez effacer toutes vos réponses et recommencer le questionnaire à zéro, le bouton « Effacer toutes mes réponses » est à votre disposition en bas à gauche de votre écran.

Merci pour votre participation et pour le temps accordé à ce questionnaire : votre contribution est très importante pour nous.

Pour toute question :

Séverine Schusselé Fillietaz, Inf., MSc

Collaboratrice scientifique chargée de l'enquête

Portable : 076 449 76 37 Email : severine.schussele@fmc.ch

Enquête Suisse sur les Soins Intégrés : Un projet conjoint du Forum Managed Care, de l'Observatoire de la Santé et de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale & Préventive de Lausanne.

Il y a 48 questions dans ce questionnaire.

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Nom

Veillez indiquer le nom complet (officiel) de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme

Cantons

Dans quel(s) canton(s) l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme est-il (elle) actif(ve) ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ AG | ☐ GR | ☐ SZ |
| ☐ AI | ☐ JU | ☐ TG |
| ☐ AR | ☐ LU | ☐ TI |
| ☐ BE | ☐ NE | ☐ UR |
| ☐ BL | ☐ NW | ☐ VD |
| ☐ BS | ☐ OW | ☐ VS |
| ☐ GE | ☐ SG | ☐ ZG |
| ☐ FR | ☐ SH | ☐ ZH |
| ☐ GL | ☐ SO | |

Régions géographiques

Dans quel milieu l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme est-il actif ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Région rurale
☐ Agglomération / Périphérie sub/urbaine
☐ Centre-ville
☐ Je ne sais pas / sans réponse

Base formelle

Quelle est la base formelle de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Par accord oral
☐ Par accord écrit: Par contrat
☐ Par accord écrit: Par mandat de service
☐ Par accord écrit: Par une forme juridique telle que Fondation, Sàrl, SA
☐ Je ne sais pas / sans réponse
☐ Autre : _____

Date de début d'activité

En quelle année l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme a-t-il commencé ?

Veillez choisir ... ↕

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Initiateurs

Quelles sont les institutions / personnes à l'origine de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Médecin généraliste, seul ou en groupe/réseau
- ☐ Médecin spécialiste ou service ambulatoire spécialisé
- ☐ Pharmacie
- ☐ Soins somatiques aigus - Hôpital non-universitaire
- ☐ Soins somatiques aigus - Hôpital universitaire
- ☐ Etablissement de réadaptation/réhabilitation - Hôpital non-universitaire
- ☐ Etablissement de réadaptation/réhabilitation - Hôpital universitaire
- ☐ Psychiatrie - Hôpital non-universitaire
- ☐ Psychiatrie - Hôpital universitaire
- ☐ Services d'aide et de soins à domicile
- ☐ Etablissement médico-social (EMS)
- ☐ Assurances maladie
- ☐ Institution de recherche
- ☐ Organisation de santé publique étatique (ex. service de santé publique cantonal)
- ☐ Organisation communautaire / Ligue de santé (ex. Ligue contre le Cancer, Ligue Pulmonaire, ...)
- ☐ Groupe/organisation/représentant de patients
- ☐ Entreprise pharmaceutique
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Populations cibles

Quels sont le ou les groupes cibles directs de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Patients / assurés / population générale
- ☐ Proches aidants
- ☐ Prestataires de soins médicaux
- ☐ Prestataires de soins non médicaux
- ☐ Gestionnaires, personnel administratif
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Quels sont, plus spécifiquement, les groupes de patients ciblés par l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Population générale (i.e. tous les habitants d'une région/zone)
- ☐ Assurés
- ☐ Personnes atteintes de maladie(s) spécifique(s) (veuillez préciser) _____
- ☐ Patients multimorbides (≥ 2 maladies chroniques) ou complexes
- ☐ Personnes âgées fragiles
- ☐ Population vulnérable (veuillez préciser) _____
- ☐ Personnes d'âges spécifiques (veuillez préciser les tranches d'âge) _____
- ☐ Personnes nécessitant des soins palliatifs
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Y a-t-il des motifs d'exclusion de patients de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme (i.e. critères d'inéligibilité) ?

- ☐ Oui (veuillez préciser)
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Veuillez saisir votre commentaire ici:

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Taille du groupe cible de patients / assurés / population générale

L'organisation, le réseau, le modèle ou le programme s'est-t-elle fixée un nombre spécifique de patients / assurés / personnes à atteindre?

***Exemples :** Nombre de patients/assurés/personnes par année. Par ex: 150 patients asthmatiques inclus chaque année dans le programme.
 Nombre total de patients/assurés/personnes d'une région ou d'une caisse maladie. Par ex : tous les patients diabétiques du canton de Vaud, 50'000 assurés de la Caisse-Maladie X.

- ☐ Oui (veuillez préciser le nombre par année ou le nombre total*)
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

A ce jour, combien y a-t-il de patients / assurés / personnes inclus dans cette organisation / réseau / modèle / programme ?

***Exemples :** Nombre de patients/assurés/personnes par année. Par ex: 150 patients asthmatiques inclus chaque année dans le programme.
 Nombre total de patients/assurés/personnes d'une région ou d'une caisse maladie. Par ex : tous les patients diabétiques du canton de Vaud, 50'000 assurés de la Caisse-Maladie X.

- ☐ Veuillez préciser le nombre par année ou le nombre total*
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Objectifs

Quels sont les principaux objectifs de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Améliorer l'accessibilité des services
- ☐ Promouvoir les pratiques fondées sur des données probantes
- ☐ Améliorer les compétences des professionnels de santé
- ☐ Améliorer la coordination et/ou la continuité des soins
- ☐ Améliorer l'intégration de différents services/unités au sein d'une même organisation
- ☐ Améliorer l'intégration entre différentes organisations
- ☐ Renforcer la pluri/interdisciplinarité des soins
- ☐ Améliorer la collaboration entre les prestataires de soins
- ☐ Renforcer l'implication des patients / une démarche de soins centrée sur le patient
- ☐ Améliorer l'implication des proches aidants (ex. famille, amis, voisins, bénévoles)
- ☐ Améliorer le suivi à domicile des patients
- ☐ Améliorer l'état fonctionnel (prévenir ou réduire le handicap fonctionnel)
- ☐ Réduire les hospitalisations
- ☐ Réduire les visites non planifiées/aux urgences
- ☐ Améliorer la sécurité des patients
- ☐ Améliorer la satisfaction des patients
- ☐ Améliorer la satisfaction des proches-aidants
- ☐ Améliorer la satisfaction au travail des professionnels de santé
- ☐ Réduire les coûts
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Services

Quelles prestations, destinées aux patients, sont incluses dans l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Promotion de la santé
- ☐ Prévention des maladies
- ☐ Centre de télémédecine
- ☐ Médecine de premier recours dispensée par un médecin
- ☐ Médecine de premier recours dispensée par un non médecin (ex. infirmière de pratique avancée)
- ☐ Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin
- ☐ Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin (ex. infirmière, physiothérapeute,)
- ☐ Soins d'urgence (y compris les visites non-programmées)
- ☐ Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital non-universitaire
- ☐ Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital universitaire
- ☐ Soins psychiatriques - Hôpital non-universitaire
- ☐ Soins psychiatriques - Hôpital universitaire
- ☐ Réadaptation/réhabilitation - Hôpital non-universitaire
- ☐ Réadaptation/réhabilitation - Hôpital universitaire
- ☐ Soins à domicile
- ☐ Services communautaires et sociaux
- ☐ Soins de longue durée, établissement médico-social
- ☐ Pharmacie
- ☐ Soins palliatifs
- ☐ Prestations de médecine complémentaire
- ☐ Hotline (permanence téléphonique) pour les patients
- ☐ Soins 24h/24, 7j/7
- ☐ Enseignement thérapeutique et/ou soutien à l'autogestion
- ☐ Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné
- ☐ Care/case management
- ☐ Disease management
- ☐ Gestion des traitements médicamenteux
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Groupes professionnels

Quels sont les professionnels de santé impliqués dans l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme?

- ☐ Médecins internistes, généralistes, médecins de famille
- ☐ Médecins spécialistes
- ☐ Assistantes médicales
- ☐ Infirmières de pratique avancée, non spécialisées
- ☐ Infirmières de pratique avancée, spécialisées
- ☐ Infirmières spécialisées (hors pratique avancée)
- ☐ Infirmières en soins généraux
- ☐ Physiothérapeutes
- ☐ Diététiciennes
- ☐ Ergothérapeutes
- ☐ Assistants / travailleurs sociaux
- ☐ Pharmaciens
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Si possible, préciser le nombre de personnes ainsi que les Equivalents temps plein = ETP

Nombre de personnes: _____ ETP: _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Intégration entre les niveaux de soins de santé

Entre quel(s) niveau(x) de soins de santé l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme cherche-t-il à améliorer l'intégration ? (Cochez tous les niveaux pertinents.)

Par exemple, si un réseau de médecins généralistes a des relations contractuelles avec des hôpitaux de soins aigus et les soins à domicile, il convient de cocher les cases «Hospitalisation pour soins aigus», «Aide et soins à domicile» et «Soins dispensés par un médecin généraliste» sur la première ligne.

	Famille / Proches- aidants et sociaux	Services communautaires et sociaux	Phar- macies	Soins de longue durée, Etablissement médico-social / (EMS)	Réadaptation / Réhabilitation	Aide et soins à domicile	Soins d'urgence (y compris les visites non- programmées)	Hospitalisation (>24h) pour soins aigus (somatiques ou psychiatriques)	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	Soins de premier recours dispensés par un non médecin
Soins de premier recours dispensés par un médecin	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Soins de premier recours dispensés par un non médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒
Hospitalisation (>24h) pour soins aigus (somatiques ou psychiatriques)	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Soins d'urgence (y compris les visites non- programmées)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒
Aide et soins à domicile	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Réadaptation / Réhabilitation	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Soins de longue durée, Etablissement médico- social (EMS)	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Pharmacies	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Services communautaires et sociaux	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Soutien professionnel et travail en équipe

Est-ce que des interventions particulières visant à soutenir les professionnels de santé, promouvoir le travail d'équipe ou la coopération entre différents groupes professionnels, ont été introduites au sein de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Formations multi/interprofessionnelles
- ☐ Définitions claires des rôles des professionnels de santé
- ☐ Réunions régulières des professionnels de santé
- ☐ Cercles de qualité
- ☐ Réunions/groupes pluridisciplinaires spécifiques à certaines maladies ou conditions (ex. cancer, diabète, maladies pulmonaires chroniques, cas complexes)
- ☐ Systèmes d'information clinique (dossiers patient électroniques (partagés), ordonnances électroniques, etc.)
- ☐ Protocoles de prise en charge, itinéraires cliniques
- ☐ Soins basés sur les données probantes (i.e. guidelines)
- ☐ Gatekeeping
- ☐ Aucun interventions
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Degré de collaboration

Sur la base de votre expérience au sein de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes concernant la collaboration entre les différents prestataires de santé

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
Tous les professionnels de santé concernés sont impliqués.	☐	☐	☐	☐	☐
Les prestataires de soins ont un langage (professionnel) commun.	☐	☐	☐	☐	☐
Les positions de pouvoir (ex. dans les équipes pluridisciplinaires) sont en équilibre.	☐	☐	☐	☐	☐
Les attitudes envers l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme sont positives.	☐	☐	☐	☐	☐
Les prestataires de soins ont une confiance réciproque en leurs compétences.	☐	☐	☐	☐	☐
Les prestataires de soins ont des compétences de coopération suffisantes.	☐	☐	☐	☐	☐
Les relations interpersonnelles entre les prestataires de soins sont bonnes.	☐	☐	☐	☐	☐
Les prestataires de soins ont peur de perdre leur autonomie.	☐	☐	☐	☐	☐
Des cultures de management différentes entravent la collaboration.	☐	☐	☐	☐	☐
Il existe des obstacles à la coopération entre les soins médicaux et non médicaux.	☐	☐	☐	☐	☐
Il existe des obstacles à l'échange d'information.	☐	☐	☐	☐	☐
Des méthodes de travail différentes d'une organisation à l'autre entravent la collaboration.	☐	☐	☐	☐	☐
L'excès de réglementation entrave la collaboration.	☐	☐	☐	☐	☐
La sous-réglementation entrave la collaboration.	☐	☐	☐	☐	☐

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Coordination des soins

Y a-t-il un prestataire de santé (ex. médecin de famille, infirmière référente, gestionnaire de cas) formellement responsable de la coordination des soins aux patients (par opposition à une gestion informelle) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, veuillez préciser
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Démarche centrée sur les patients et promotion de leur autonomie

Quelles mesures spécifiques visant une plus grande implication des patients dans leurs soins, ont été mises en place par l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent).

- ☐ Participation active des patients dans l'élaboration du plan de soins/de traitement (notamment prise en compte des besoins, préférences, priorités des patients)
- ☐ Participation active des patients dans la prise de décisions (prise de décision partagée)
- ☐ Mise à disposition de documents d'information aux patients
- ☐ Evaluation de la compréhension des patients quant aux informations reçues, écrites ou orales
- ☐ Soutien à l'autonomie des patients pour les auto-soins et pour l'autogestion de la maladie (évaluation et enseignement par des professionnels formés et/ou mise à disposition d'outils d'auto-soins)
- ☐ Enseignement structuré aux patients (de manière générale ou pour une maladie spécifique)
- ☐ Tutorat (mentorat), soutien par des pairs ou groupes de soutien
- ☐ Aucune intervention
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Obstacles à une démarche centrée sur les patients

Sur la base de votre expérience au sein de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme, veuillez indiquer dans quelle mesure les barrières ou difficultés suivantes entravent l'implication des patients ou une démarche centrée sur le patient.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
Connaissances ou compétences inadéquates des prestataires de soins concernant l'implication du patient	☐	☐	☐	☐	☐
Connaissances ou compétences inadéquates des patients en autogestion	☐	☐	☐	☐	☐
Attitudes négatives des prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Attitudes négatives des patients	☐	☐	☐	☐	☐
Soutien inadéquat aux prestataires de soins (ex. formation, outils de soutien)	☐	☐	☐	☐	☐
Soutien inadéquat aux patients (ex. éducation, outils de soutien)	☐	☐	☐	☐	☐
Collaboration inadéquate entre les prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de temps des prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐
Financements inadéquats (ex. pour la mise en œuvre d'outils de soutien)	☐	☐	☐	☐	☐
Système inadéquat de paiement ou d'indemnisation	☐	☐	☐	☐	☐
Soutien inadéquat pour les proches aidants en tant que co-prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Systèmes d'information clinique

De quels systèmes d'information électroniques dispose l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Dossier médical / patient électronique
- ☐ Système de consultation en ligne pour les patients
- ☐ Prise de rendez-vous en ligne
- ☐ Système électronique pour référer le patient à un autre prestataire de soins
- ☐ Echange d'information/transmission électronique, entre prestataires de soins, de documents/informations concernant leurs patients
- ☐ Echange d'information/transmission électronique, entre les patients et les prestataires de soins, de documents/informations sur le traitement et les soins
- ☐ Plan de soins électronique partagé
- ☐ Surveillance électronique de paramètres de santé (ex. tension artérielle, température corporelle, poids, glycémies)
- ☐ Prescriptions électroniques
- ☐ Outils informatisés d'aide à la décision
- ☐ Contacts électroniques des prestataires de soins (pour les patients)
- ☐ Registre des maladies
- ☐ Liste / registre de patients
- ☐ Système de rappels pour les prestataires de soins
- ☐ Système de rappels pour les patients (ex. rendez-vous, autocontrôles)
- ☐ Suivi des performances des prestataires de soins
- ☐ Système de facturation électronique
- ☐ Aucun système d'information électronique n'est utilisé.
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Gouvernance

Qui participe à la gouvernance de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Médecin(s) généraliste(s), internistes, médecins de famille, médecins praticiens
- ☐ Médecin(s) spécialiste(s)
- ☐ Infirmière(s)
- ☐ Directeur(s) général(aux)
- ☐ Economiste(s)
- ☐ Représentant(s) d'hôpital(aux)
- ☐ Représentant(s) des assurances maladie
- ☐ Représentant(s) des patients / ou des proches aidants
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Financement

Quelles sont les sources de financement directes (ex. développement ou gestion du projet, expertise, ...) ou indirectes (ex. salaires, locaux, matériel) de l'organisation, réseau, modèle ou programme ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

	Directes	Indirectes	Directes + Indirectes	Sans réponse
Service de santé publique cantonal	☐	☐	☐	☐
Organisation de formation	☐	☐	☐	☐
Fonds de recherche	☐	☐	☐	☐
Association/organisme à but non lucratif	☐	☐	☐	☐
Assurance maladie (prestations LeMal et/ou participation financière au projet)	☐	☐	☐	☐
Entreprises pharmaceutiques ou médicotéchniques	☐	☐	☐	☐
Institutions de soins (ex. hôpital, organisation de soins à domicile)	☐	☐	☐	☐
Contributions du patient (dépenses non remboursées)	☐	☐	☐	☐
Autre	☐	☐	☐	☐

Comment les services fournis par l'ensemble des prestataires de soins de l'organisation, réseau, modèle ou programme sont-ils financés ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Chaque prestataire de soins est payé séparément, sans coresponsabilité budgétaire.
- ☐ Chaque prestataire est payé séparément, mais avec une coresponsabilité budgétaire.
- ☐ Il existe seulement un financement groupé qui est divisé entre tous les prestataires de soins.
- ☐ Certains prestataires de soins reçoivent un financement groupé, d'autres sont payés séparément.
- ☐ Certaines prestations ne sont pas facturées aux patients
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre :

Existe-t-il des incitatifs pour les prestataires de soins en lien avec l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme (ex. soutien financier supplémentaire pour formation ou gestion, personnel de santé supplémentaire) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui (veuillez préciser)
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

(veuillez saisir votre réponse dans ce champ)

Existe-t-il des incitatifs pour les patients inclus dans l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme (ex. accès gratuit à certains services comme l'éducation ou la permanence téléphonique, réduction de la quote-part) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui (veuillez préciser)
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

(veuillez saisir votre réponse dans ce champ)

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Evaluation

L'organisation, le réseau, le modèle ou le programme a-t-il été l'objet d'une évaluation ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Oui, évaluation interne (c'est-à-dire auto-évaluation)
- ☐ Oui, évaluation externe (c'est-à-dire par un organisme tiers)
- ☐ Non, mais une évaluation interne est programmée
- ☐ Non, mais une évaluation externe est programmée
- ☐ Non, aucune évaluation n'est programmée
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Si l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme a fait l'objet d'une évaluation, sur quels éléments celle-ci a-t-elle porté ? (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ Des processus de soins
- ☐ Des indicateurs de résultats de soins (ex. résultat clinique ou de laboratoire, symptôme, qualité de vie)
- ☐ La satisfaction des patients / des proches aidants
- ☐ La satisfaction des prestataires de soins
- ☐ Le rapport coût-efficacité (rentabilité)
- ☐ Les événements indésirables / incidents
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Le cas échéant, quand la dernière évaluation a-t-elle eu lieu ?

- ☐ Il y a 6 mois
- ☐ Il y a 1 an
- ☐ Il y a 2 ans
- ☐ Il y a plus de 2 ans
- ☐ Elle est en cours actuellement
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse

Si l'organisation, le réseau, le modèle ou le programme a fait l'objet d'une évaluation, lui a-t-on attribué l'un des labels de qualité suivants : (Cocher toutes les réponses qui conviennent)

- ☐ ISO
- ☐ EFQM
- ☐ EQUAM
- ☐ Non, aucun label n'est attribué
- ☐ Je ne sais pas / sans réponse
- ☐ Autre : _____

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Améliorations

Sur la base de votre expérience au sein de l'organisation, du réseau, du modèle ou du programme, veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes.

L'organisation, le réseau, le modèle ou le programme améliore...

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Sans réponse
l'intégration des services de soins	☐	☐	☐	☐	☐
la collaboration entre les prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐
les compétences des prestataires de soins	☐	☐	☐	☐	☐
l'implication des patients / la démarche centrée sur les patients	☐	☐	☐	☐	☐
la sécurité des patients	☐	☐	☐	☐	☐
la satisfaction des patients	☐	☐	☐	☐	☐
la satisfaction des professionnels de santé	☐	☐	☐	☐	☐
l'implication des proches aidants	☐	☐	☐	☐	☐
la reconnaissance du rôle des proches aidants	☐	☐	☐	☐	☐
le rapport coût-efficacité (rentabilité)	☐	☐	☐	☐	☐

Enquête suisse sur les soins intégrés – Questionnaire en ligne

Commentaires

Si vous désirez partager toute autre information qu'il vous semblerait important de nous transmettre, veuillez le faire ci-dessous

Pour joindre tout document relatif à votre organisation, réseau, modèle ou programme (ex. concept, protocole, business plan, rapport d'exercice ou d'évaluation, article, etc.)

Formats autorisés: pdf, jpg, doc, docx; **Taille maximale:** 10MB

Veuillez ne pas envoyer plus de 5 fichiers

[Envoyer des fichiers](#)

Caractéristiques du répondant**Poste occupé dans l'organisation****Quel est votre rôle au sein de l'organisation, du modèle, du réseau ou du programme ?**

- ☐ Directeur/CEO
- ☐ Prestataire: Infirmière
- ☐ Prestataire: Médecin généraliste
- ☐ Prestataire: Médecin spécialiste
- ☐ Prestataire: Physiothérapeute
- ☐ Prestataire: Pharmacien
- ☐ Gestionnaire: Administrateur de l'organisation, du réseau ou programme
- ☐ Gestionnaire: Gestionnaire de cas
- ☐ Gestionnaire: Responsable qualité
- ☐ Responsable financier
- ☐ Responsable/chef de projet
- ☐ Autre (veuillez préciser) _____

Etes-vous d'accord de voir ces caractéristiques publiées dans le rapport final de cette enquête ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Annexe 6.3 Chronic Care Model (CCM)

Tableau 6.1 Correspondances entre les éléments du Chronic Care Model et les détails des réponses fournies par les initiatives, % des initiatives, total et par catégorie (n=154)

Éléments du <i>Chronic Care Model</i>	Réponses de l'Enquête suisse sur les soins intégrés	Total	Groupes cibles spécifiques	Transition & coordination	Médicaments	Santé Mentale & psychiatrie	Réseaux de médecins	Centres de santé
Organisations des prestations								
Définir les rôles et répartir les tâches entre les différents soignants	- Définitions claires des rôles des professionnels de santé	65%	53%	76%	98%	73%	51%	66%
Planifier des interactions entre soignants afin de soutenir des soins basés sur les données probantes	- Réunions régulières des professionnels de santé	72%	69%	87%	45%	74%	62%	77%
	- Réunions/groupes pluridisciplinaires spécifiques à certaines maladies ou conditions	53%	53%	44%	21%	64%	70%	45%
Offrir aux patients (complexes) une prise en charge coordonnée (<i>care/case/disease management</i>)	- Care/case management	43%	38%	58%	0%	55%	52%	36%
	- Disease management	24%	34%	23%	0%	9%	80%	12%
Soutien à la décision clinique								
Intégrer les données probantes dans la pratique clinique quotidienne	- Soins basés sur les données probantes (i.e. guidelines)	47%	54%	21%	19%	35%	91%	65%
	- Protocoles de prise en charge, itinéraires cliniques	55%	51%	46%	77%	51%	91%	57%
	- Outils informatisés d'aide à la décision	22%	20%	31%	20%	10%	46%	29%
Recourir à des méthodes reconnues pour la formation des soignants	- Cercles de qualité	40%	24%	33%	16%	44%	91%	70%
	- Formations multi/interprofessionnelles	70%	70%	60%	22%	79%	77%	82%
Faciliter l'accès aux spécialistes	- Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	55%	50%	19%	52%	64%	91%	70%
	- Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin (ex. infirmière, physiothérapeute)	59%	64%	37%	57%	55%	36%	85%
Systèmes d'information cliniques								
Organiser les données des patients et de la population de manière à faciliter des soins efficaces et efficients	- Dossier médical / patient électronique	78%	70%	86%	80%	84%	77%	82%
Mettre des systèmes de rappel à disposition des patients et des soignants	- Système de rappels pour les patients (ex. rendez-vous, autocontrôles)	15%	17%	0%	20%	12%	27%	19%
	- Système de rappels pour les prestataires de soins	23%	18%	9%	39%	12%	68%	40%
Identifier les sous-populations qui bénéficient d'une prise en charge proactive	- Registre des maladies	11%	5%	14%	0%	11%	35%	15%
	- Liste / registre de patients	29%	27%	38%	20%	26%	35%	36%
Échanger des informations entre les patients et les soignants afin de coordonner la prise en charge	- Système de consultation en ligne pour les patients	12%	20%	2%	0%	4%	57%	1%
	- Contacts électroniques des prestataires de soins (pour les patients)	52%	45%	43%	58%	62%	89%	42%
	- échange d'information/transmission électronique, entre les patients et les prestataires de soins, de documents/informations sur le traitement et les soins	29%	35%	17%	38%	26%	45%	19%
	- Plan de soins électronique partagé	22%	23%	21%	38%	18%	24%	22%
	- Surveillance électronique de paramètres de santé	27%	25%	35%	62%	12%	22%	40%
	- Systèmes d'information clinique (dossiers patient électroniques (partagés), ordonnances électroniques, etc.)	63%	50%	84%	71%	65%	57%	74%
	- échange d'information/transmission électronique, entre prestataires de soins, de documents/informations concernant leurs patients	60%	64%	58%	77%	49%	91%	50%
	- Système électronique pour référer le patient à un autre prestataire de soins	21%	26%	15%	0%	13%	79%	17%
	- Prescriptions électroniques	31%	20%	39%	24%	31%	46%	51%
Monitorer les performances des prestataires et du système de soins	- Suivi des performances des prestataires de soins	15%	8%	12%	19%	16%	61%	14%

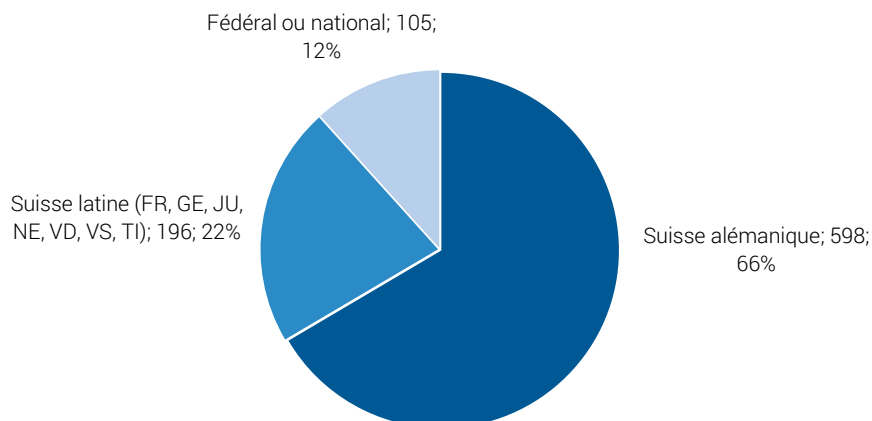
Éléments du <i>Chronic Care Model</i>	Réponses de l'Enquête suisse sur les soins intégrés	Total	Groupes cibles spécifiques	Transition & coordination	Médicaments	Santé Mentale & psychiatrie	Réseaux de médecins	Centres de santé
Soutien à l'autonomie des patients								
Souligner le rôle central des patients dans la prise en charge de leur santé	- Participation active des patients dans la prise de décisions (prise de décision partagée)	71%	71%	75%	57%	72%	91%	67%
	- Soutien à l'autonomie des patients pour les auto-soins et pour l'autogestion de la maladie (évaluation et enseignement par des professionnels formés et/ou mise à disposition d'outils d'auto-soins)	59%	72%	49%	77%	49%	66%	46%
Recourir à des stratégies de soutien aux patients qui incluent l'évaluation, la définition d'objectifs, la planification d'actions, la résolution de problèmes et le suivi.	- Enseignement structuré aux patients (de manière générale ou pour une maladie spécifique)	33%	45%	24%	57%	19%	39%	26%
	- Participation active des patients dans l'élaboration du plan de soins/de traitement (notamment prise en compte des besoins, préférences, priorités des patients)	67%	34%	75%	59%	78%	65%	63%
Organiser les ressources internes et communautaires de manière à proposer un suivi et un soutien continu aux patients	- Tutorat (mentorat), soutien par des pairs ou groupes de soutien	37%	45%	28%	0%	41%	41%	36%
	- Mise à disposition de documents d'information aux patients	77%	79%	67%	79%	67%	87%	95%

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Annexe 6.4 Contacts effectués pour la sélection des initiatives

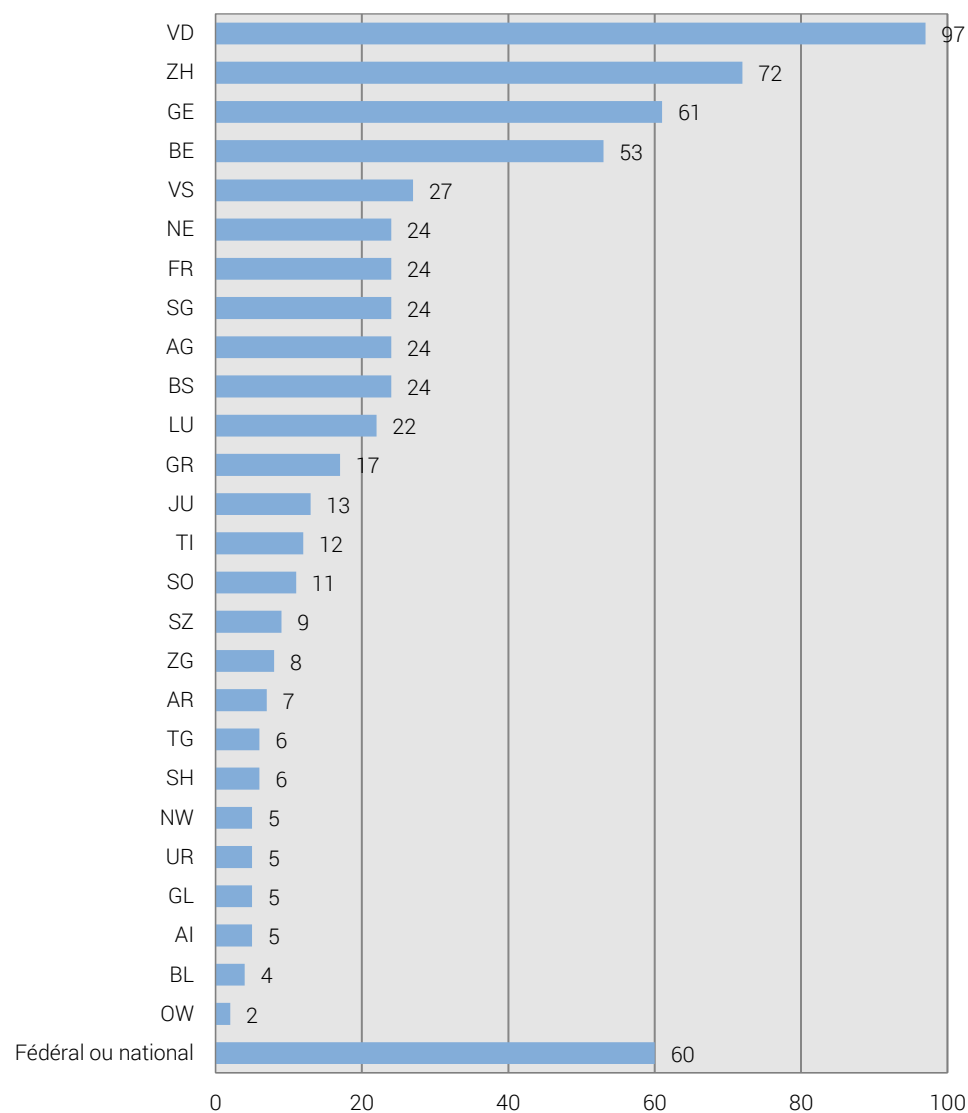
Figure 6.1 Emails / newsletters envoyés, par région (n=853)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

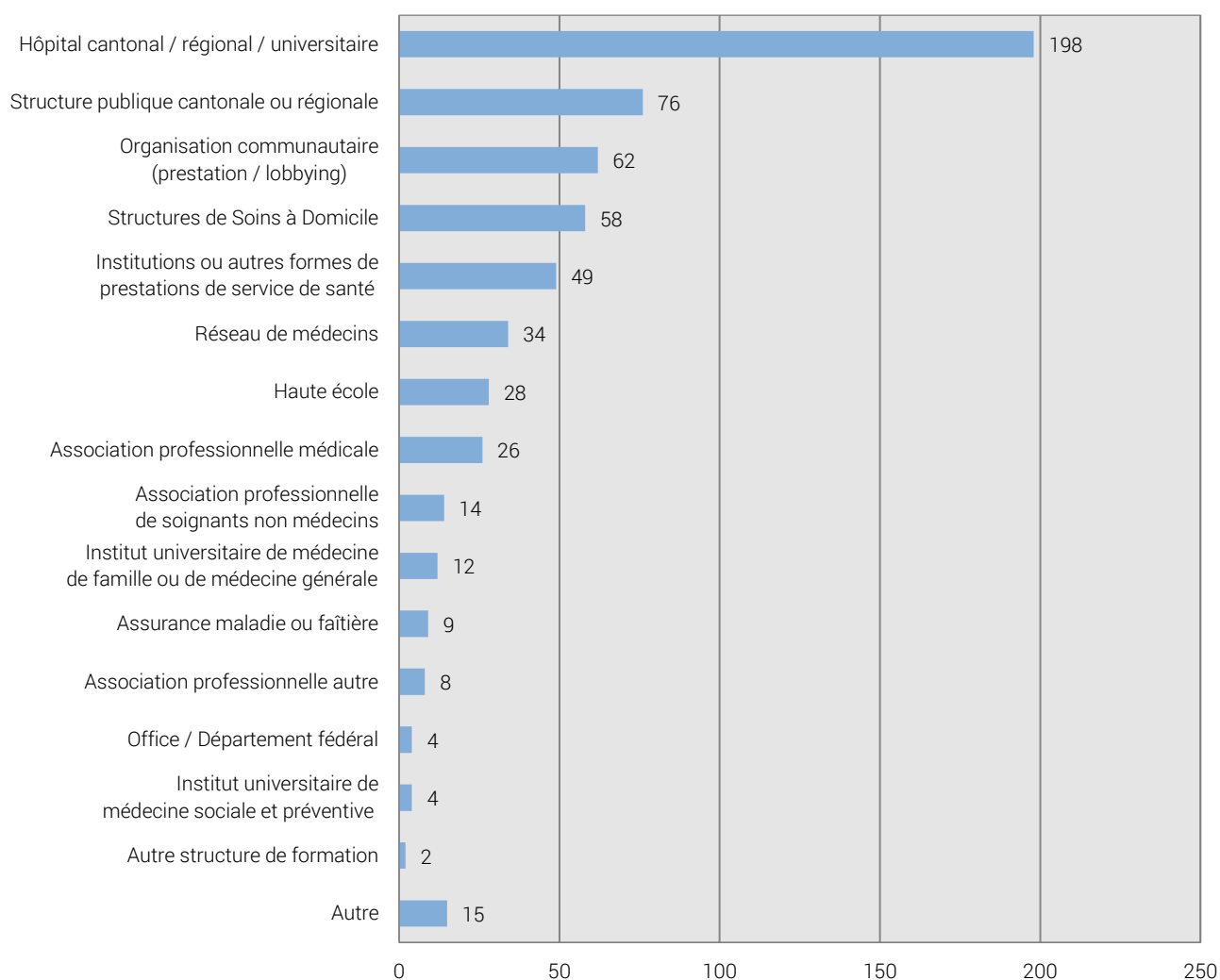
© Obsan 2017

Figure 6.2 Entretiens téléphoniques menés, par canton (n=599)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.3 Entretiens téléphoniques menés, par type de structures (n=599)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Tableau 6.2 Liste des structures/organisations « nationales / régionales » contactées

Structures fédérales ou intercantionales	Organisations non gouvernementales
Conférence des Directrices et Directeurs de la Santé	Aide suisse contre le Sida
Hautes Ecoles de la Santé - SO	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
OFSP - Bureau Action Santé	Association Réseau Evivo / Verein Evivo Netzwerk
OFSP - Division Stratégies de la santé	Association Suisse de la Coélie
OFSP - Unité de direction Assurance maladie et accident	Association suisse de l'obésité - FOSO
OFSP - Unité de direction Politique de la santé	Caritas Vaud
Associations professionnelles ou de branches	Centre d'Allergie Suisse
Arbeitsgemeinschaft Fortbildung für Apothekenmitarbeiter - AGFAM	Croix-Rouge Suisse
Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse	Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose - CFCH
Association faitière des organisations professionnelles de la santé - FSAS	DiabèteSuisse
Association Spitex Privée Suisse - ASPS	Die Age-Stiftung
Association Suisse des Ergothérapeutes – EVS/ASE	Fédération suisse des patients
Association suisse des infirmières et infirmiers - ASI	Fondation pour la Sécurité des Patients
Curaviva	Info Entraide Suisse
Fédération des médecins suisses - FMH ; Académie suisse pour la qualité en médecine - SAQM	Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz - iPsilon
Fédération Suisse des Associations d'assistantes médicales - FSAM	Ligue pulmonaire suisse
Groupe d'intérêts communs Advanced Nursing Practice en Suisse - GIC Swiss-ANP	Ligue suisse contre le cancer - Nationale Strategie gegen Krebs
LangzeitSchweiz, Fachverband für Langzeitpflege und –betreuung	Ligue suisse des personnes atteintes de maladies à tiques
Netzwerk altersfreundlicher Städte	Promotion de l'activité physique au cabinet médical - Paprica
Netzwerk psychische Gesundheit	Qualicare
Netzwerk schweizerischer kardiovaskulärer Präventionszentren	RADIX - Fondation suisse pour la santé
Coopérative professionnelle pour les pharmaciens suisses - OFAC	Rheuma Liga Schweiz
Palliative Care	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz - Geliko
pharmaSuisse	Schweizerische Muskelgesellschaft
physioswiss	Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin - SAPPM
Public Health Schweiz	Société suisse du psoriasis et du vitiligo
Schweizerische Gesellschaft für Psychoonkologie	Swissheart - Fondation suisse de cardiologie
Schweizer Verband Medizinischen Praxisassistentinnen	Assurances
Schweizer Dachverband der Ärztenetze - medswiss.net	Assura
Schweizerische Arbeitsgruppe für kardiologische Rehabilitation (Swiss Society of Cardiology)	Concordia Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung
Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie	CSS Assurance
Schweizerische Gesellschaft für Geriatrie	Cura Futura
Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie	EGK-Gesundheitskasse
Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie	Helsana - Programme de Case-management
Schweizerischer Hebammenverband - SHV/ASSF	KPT/CPT Holding
Schweizerischer Verband dipl. ErnährungsberaterInnen - SVDE / ASDD	Mutuel Assurances (Groupe Mutuel)
Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft	ÖKK
Société Suisse de Cardiologie	Sanitas Krankenversicherung
Société Suisse de Médecine Générale	Santésuisse
Société Suisse de Médecine Interne - SSMI	SUVA
Société Suisse de Néphrologie	Swica
Société Suisse de Neurologie	Sympany
Société Suisse de Pneumologie	Visana
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie	Autres organisations couvrant tout ou partie de la Suisse
Société Suisse de Rhumatologie	Abegglen Management Consultants AG
Spitex Schweiz	Ctésias
Swiss Mental Health Care	Health Info Net AG
Swiss Society for Infectious Diseases	Health Management Institute
	Meduden - Quality Health Services
	Monvia
	RehaClinics
	Sanacare AG
	Swisscom Health AG
	Visionary AG

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016) © Obsan 2017

NB : les autres organisations (collectivités locales et/ou publiques, prestataires, individus, etc.) ne sont pas présentées dans ce tableau)

Annexe 6.5 Tableau synthétique des initiatives incluses

Le tableau synthétique des initiatives incluses, établi sur la base des réponses fournies par les répondants dans le questionnaire en ligne peut être téléchargé sur le lien suivant : [Tableau synthétique des initiatives incluses](#).

Seules les initiatives incluses ayant accepté de voir ces éléments publiés (n = 161 sur les 162 initiatives incluses) sont présentées.

Annexe 6.6 Détails des regroupements

Tableau 6.3 Regroupements des objectifs visés par les initiatives

Objectifs visés tels que proposés dans le questionnaire	Regroupements effectués pour les analyses (cf. Figure 3.9)
Renforcer l'implication des patients / une démarche de soins centrée sur le patient	Renforcer l'implication des patients / proches
Améliorer l'implication des proches aidants (ex. famille, amis, voisins, bénévoles)	
Promouvoir les pratiques fondées sur des données probantes	Renforcer les compétences des professionnels
Améliorer les compétences des professionnels de santé	
Améliorer la collaboration entre les prestataires de soins	Renforcer la coordination & l'intégration
Renforcer la pluri- / interdisciplinarité des soins	
Améliorer l'accessibilité des services	
Améliorer la coordination et / ou la continuité des soins	
Améliorer l'intégration entre différentes organisations	
Améliorer l'intégration de différents services / unités au sein d'une même organisation	
Améliorer le suivi à domicile des patients	
Améliorer l'état fonctionnel (prévenir / réduire les handicaps fonctionnels)	Améliorer l'état fonctionnel des patients
Améliorer la satisfaction des patients	Améliorer la satisfaction des patients / proches
Améliorer la satisfaction des proches aidants	
Améliorer la satisfaction au travail des professionnels de santé	Améliorer la satisfaction des professionnels
Réduire les hospitalisations	Réduire les événements indésirables et les coûts
Réduire les visites non planifiées / aux urgences	
Réduire les coûts	
Améliorer la sécurité des patients	
Autre	Autre

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Tableau 6.4 Regroupements des groupes professionnels impliqués dans les initiatives

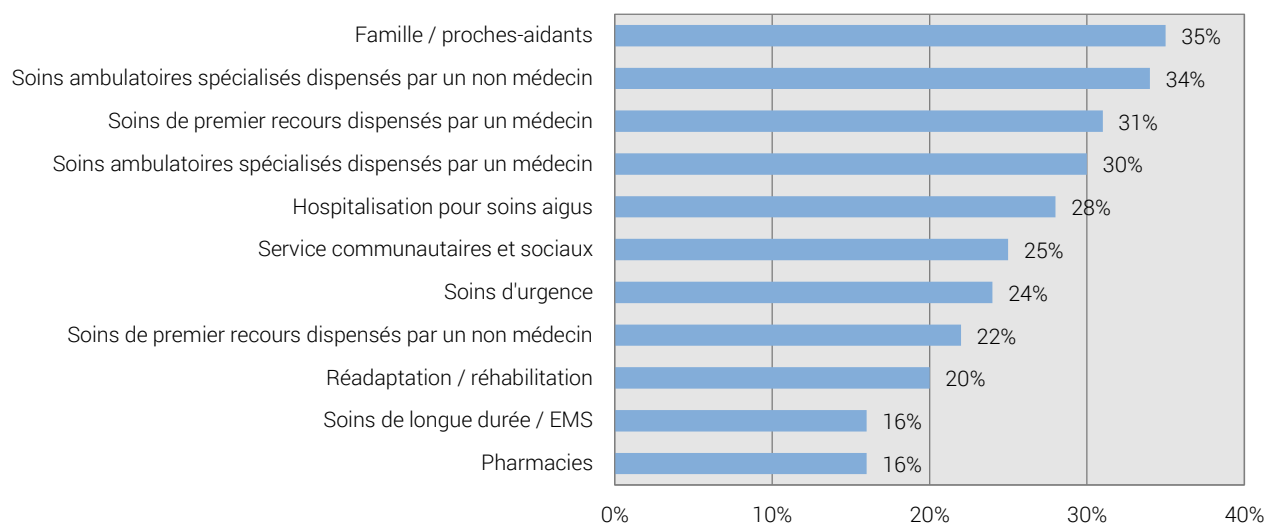
Groupes professionnels tels que proposés dans le questionnaire	Regroupements effectués pour certaines analyses (cf. Figure 3.12)
Assistants médicaux	Assistants médicaux
Diététiciennes	Physiothérapeutes / diététiciennes / ergothérapeutes
Ergothérapeutes	
Physiothérapeutes	Infirmières
Infirmières en soins généraux	
Infirmières spécialisées, hors pratique avancée	
Infirmières de pratique avancée, non spécialisées	
Infirmières de pratique avancée, spécialisées	Médecins
Médecins internistes / généralistes / médecins de famille	
Médecins spécialistes	Pharmaciens
Pharmaciens	Travailleurs sociaux
Assistants / travailleurs sociaux	Autres professionnels
Autres	

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Annexe 6.7 Paires de niveaux de soins dont les répondants cherchent à améliorer l'intégration

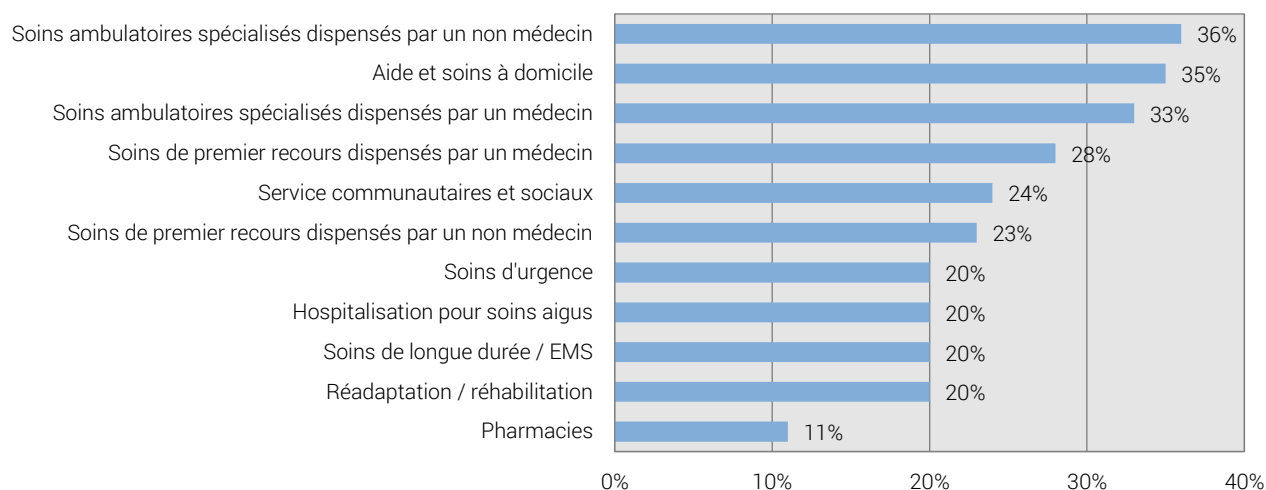
Figure 6.4 Intégration du niveau « Aide et soins à domicile » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

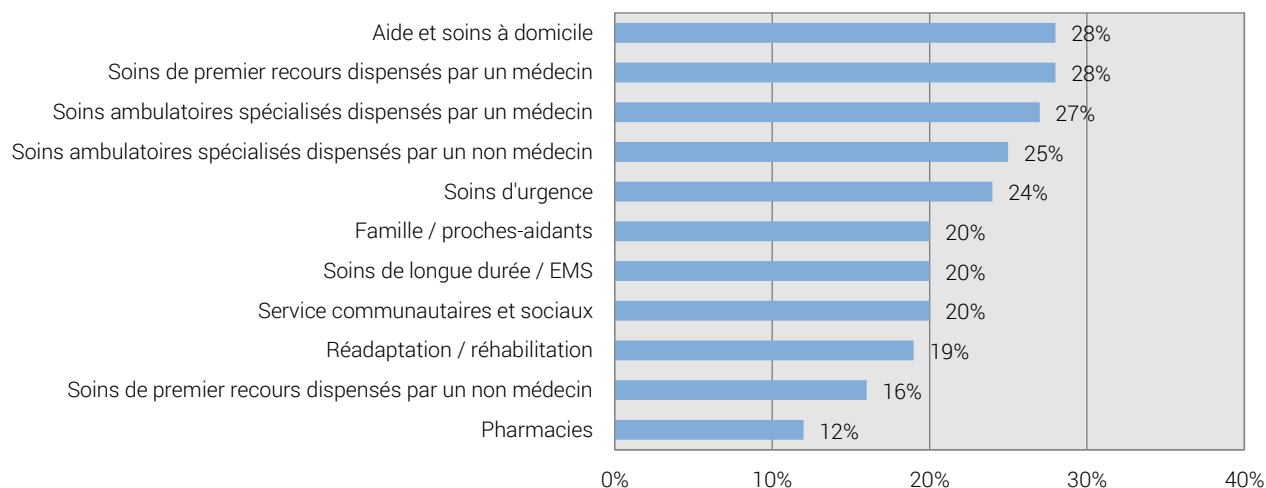
Figure 6.5 Intégration du niveau « Famille / proches aidants » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

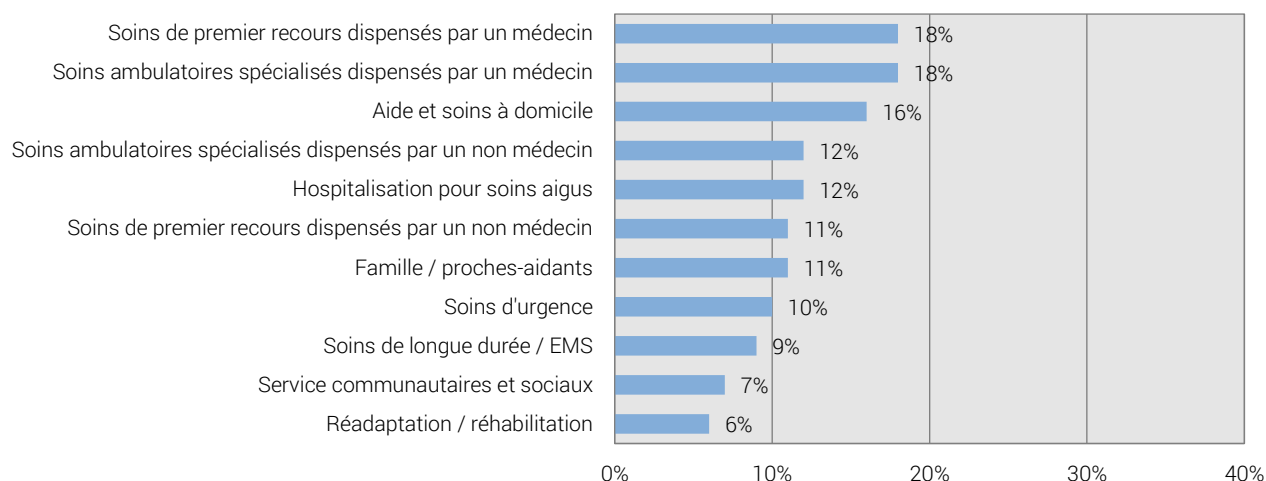
© Obsan 2017

Figure 6.6 Intégration du niveau « Hospitalisation pour soins aigus » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



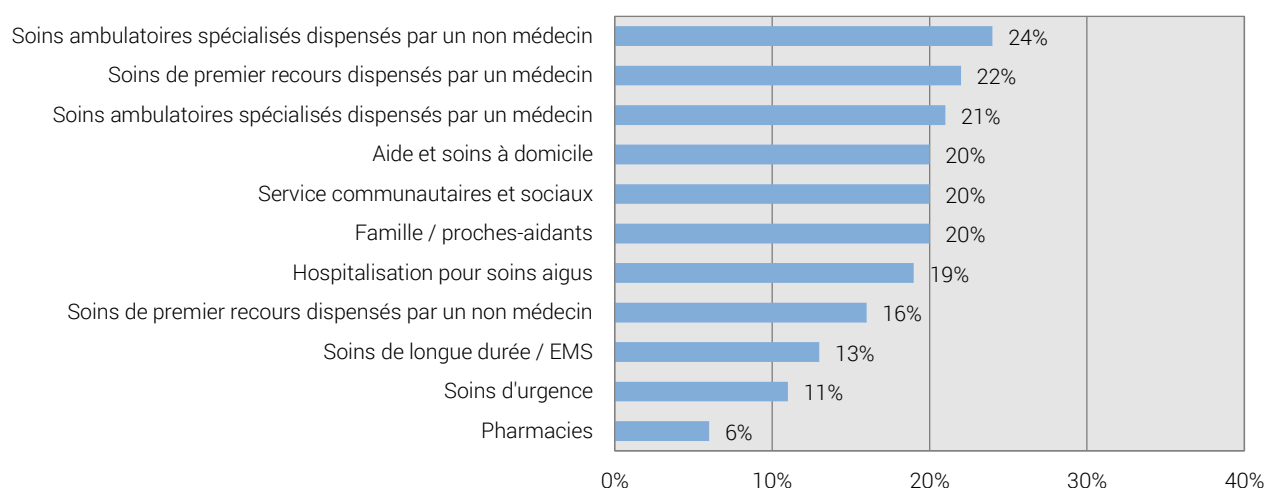
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.7 Intégration du niveau « Pharmacies » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

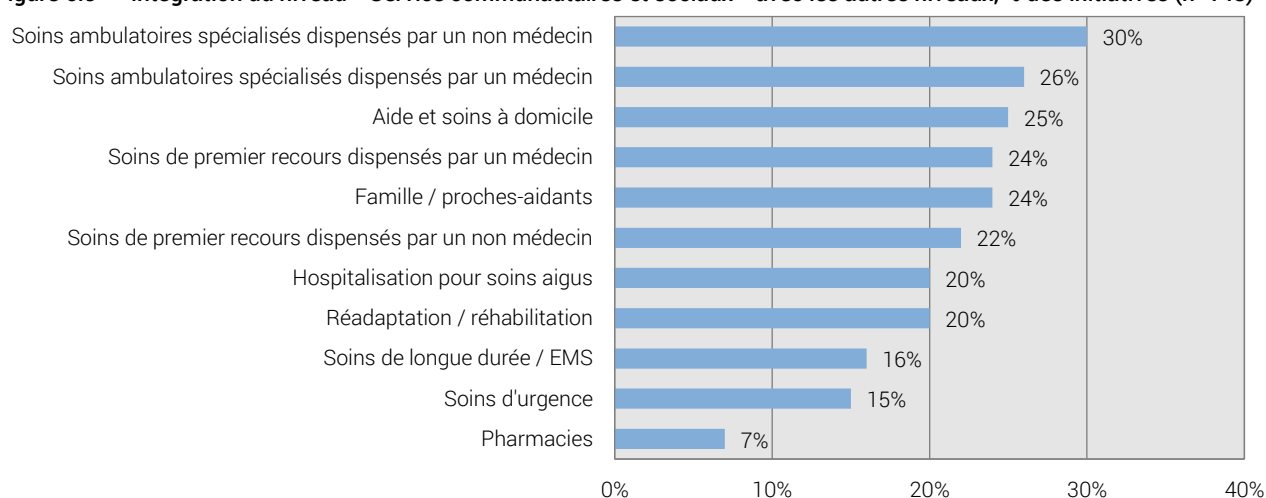
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.8 Intégration du niveau « Réadaptation / réhabilitation » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

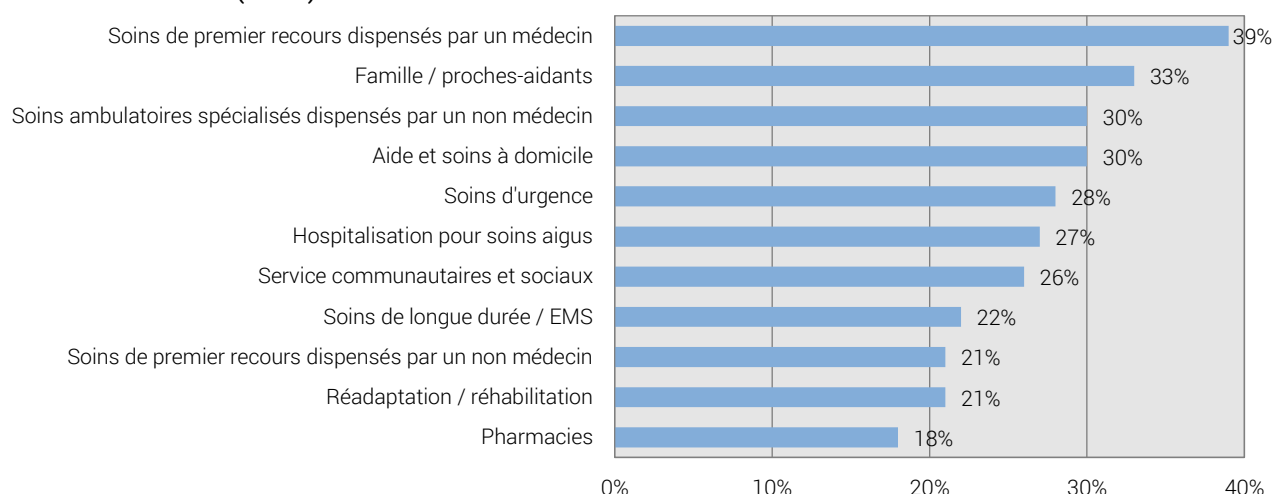
© Obsan 2017

Figure 6.9 Intégration du niveau « Service communautaires et sociaux » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

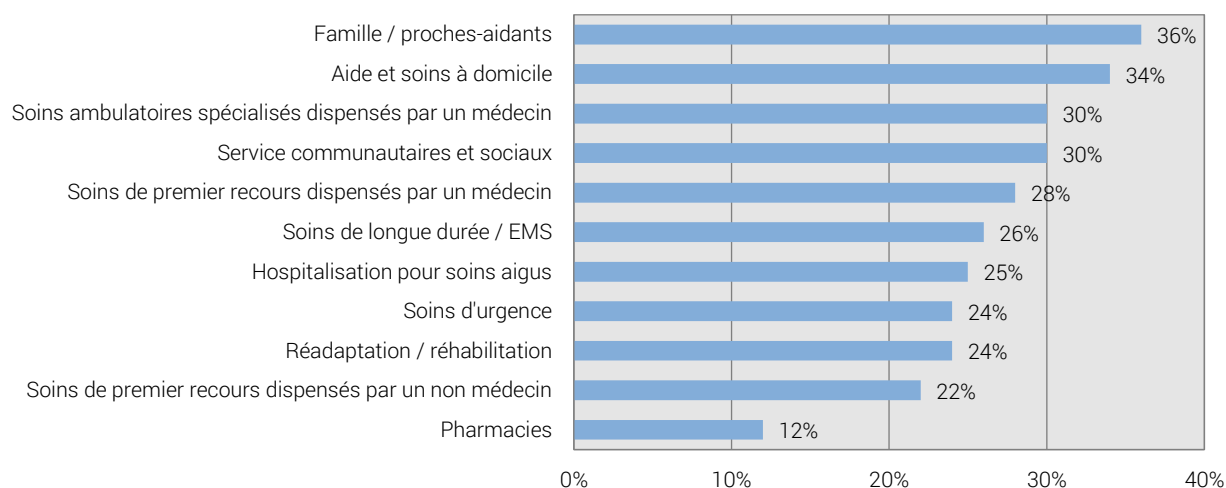
Figure 6.10 Intégration du niveau « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

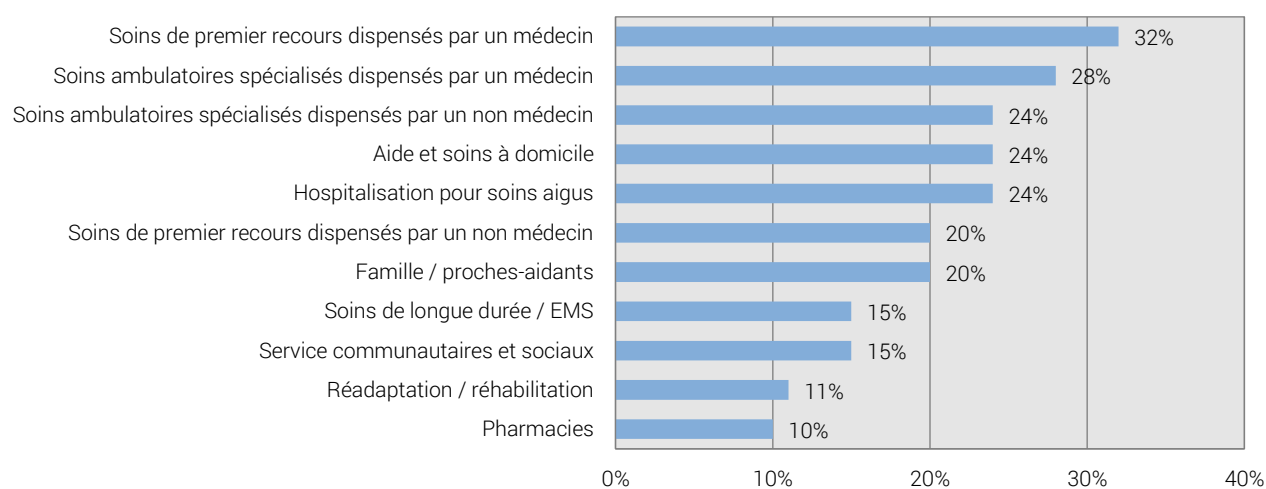
Figure 6.11 Intégration du niveau « Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

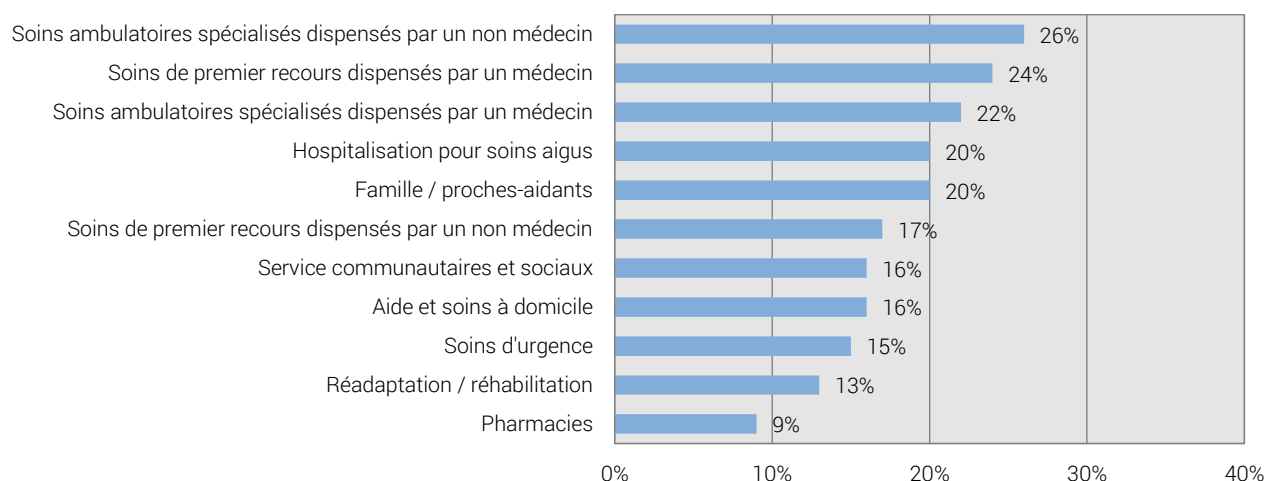
© Obsan 2017

Figure 6.12 Intégration du niveau « Soins d'urgence » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)



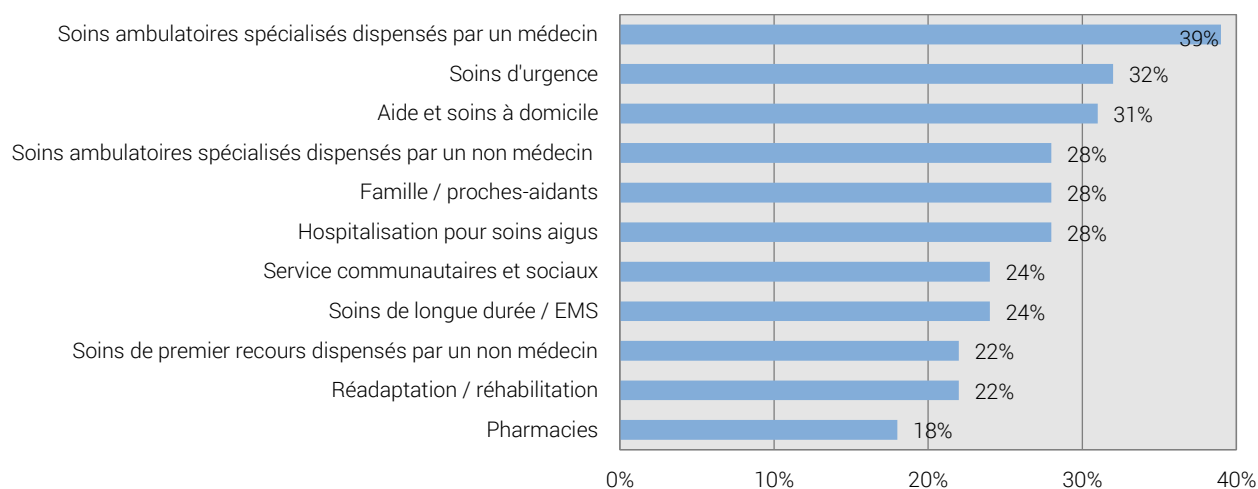
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.13 Intégration du niveau « Soins de longue durée / EMS » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

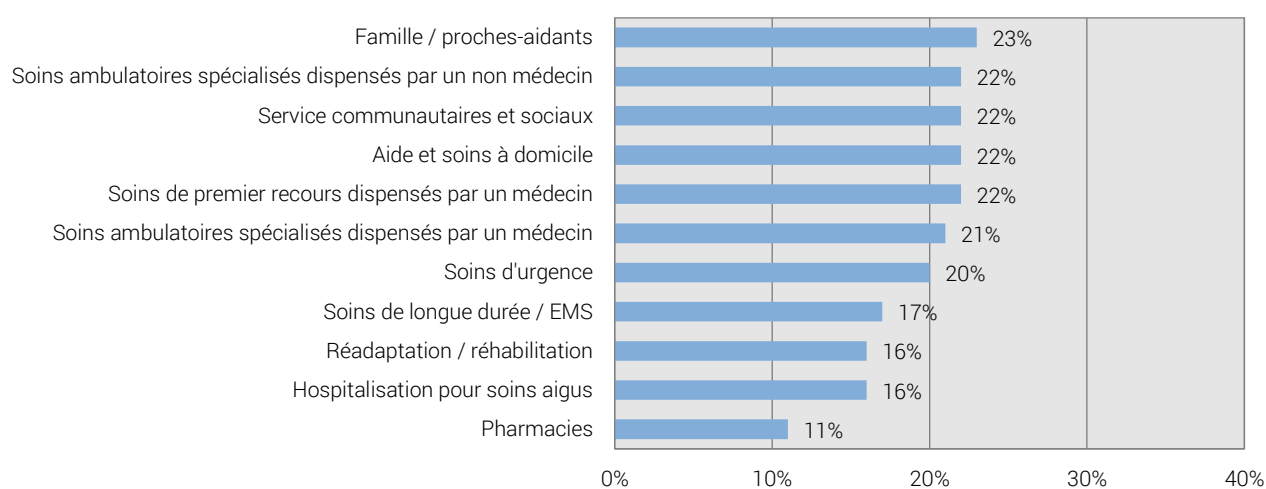
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.14 Intégration du niveau « Soins de premier recours dispensés par un médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

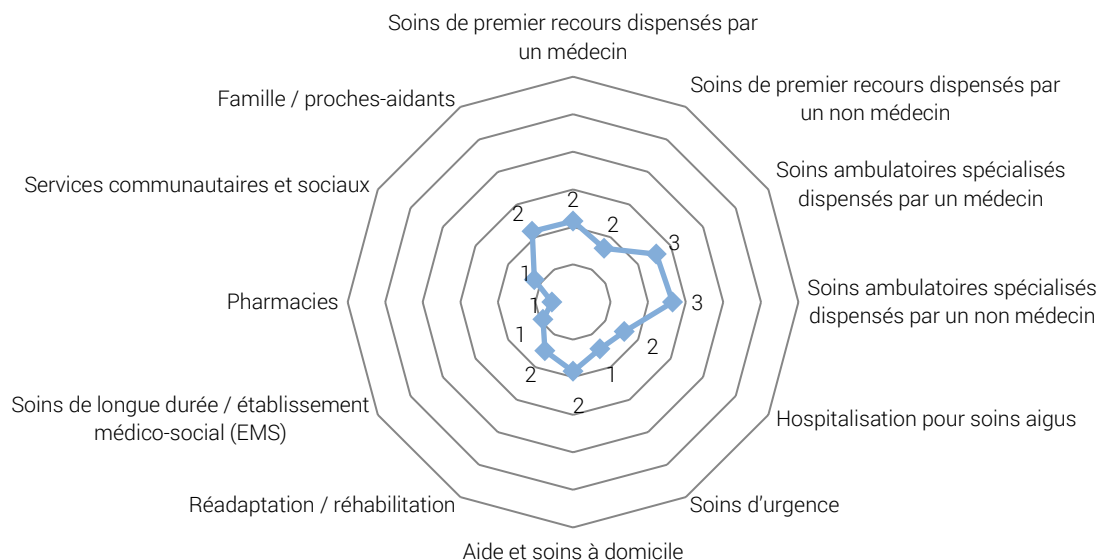
Figure 6.15 Intégration du niveau « Soins de premier recours dispensés par un non médecin » avec les autres niveaux, % des initiatives (n=148)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Annexe 6.8 Niveaux de soins avec lesquels les initiatives cherchent à améliorer l'intégration, par catégorie

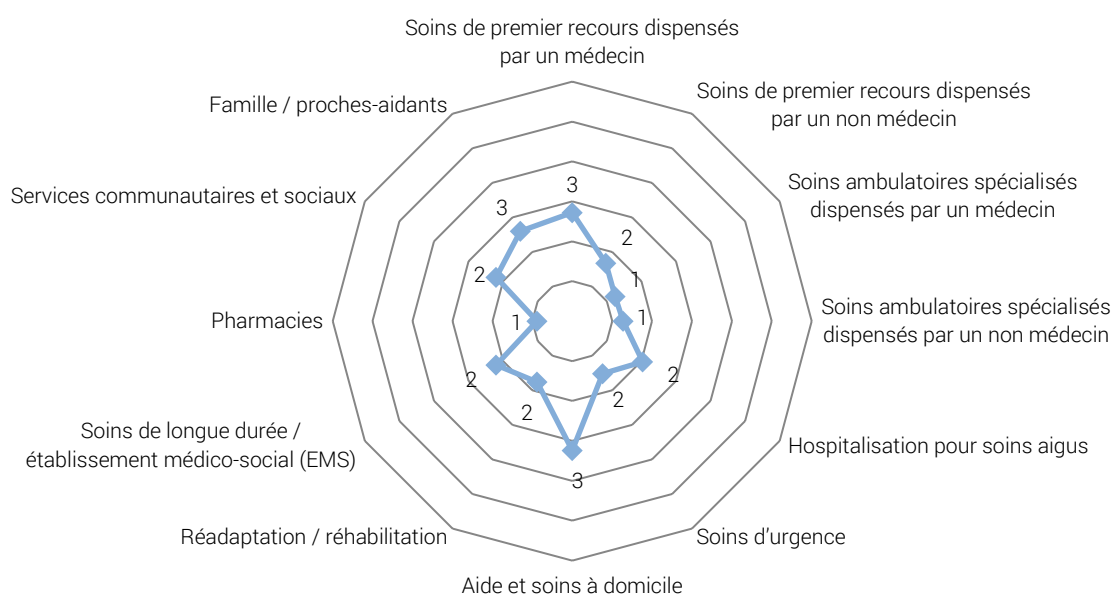
Figure 6.16 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Groupes cibles spécifiques » (n=52)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

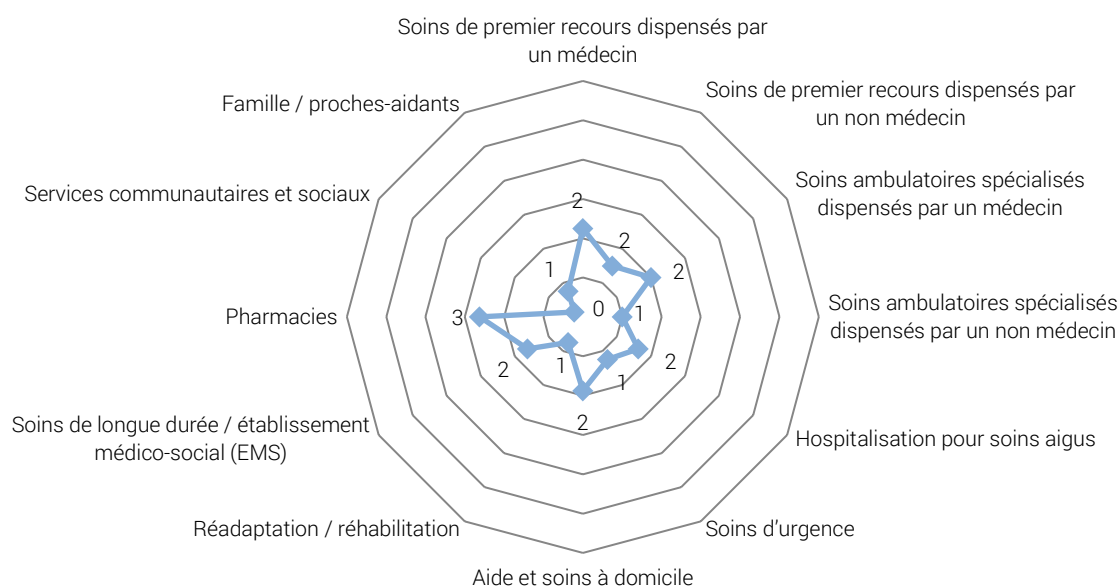
© Obsan 2017

Figure 6.17 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Transition & coordination » (n=25)



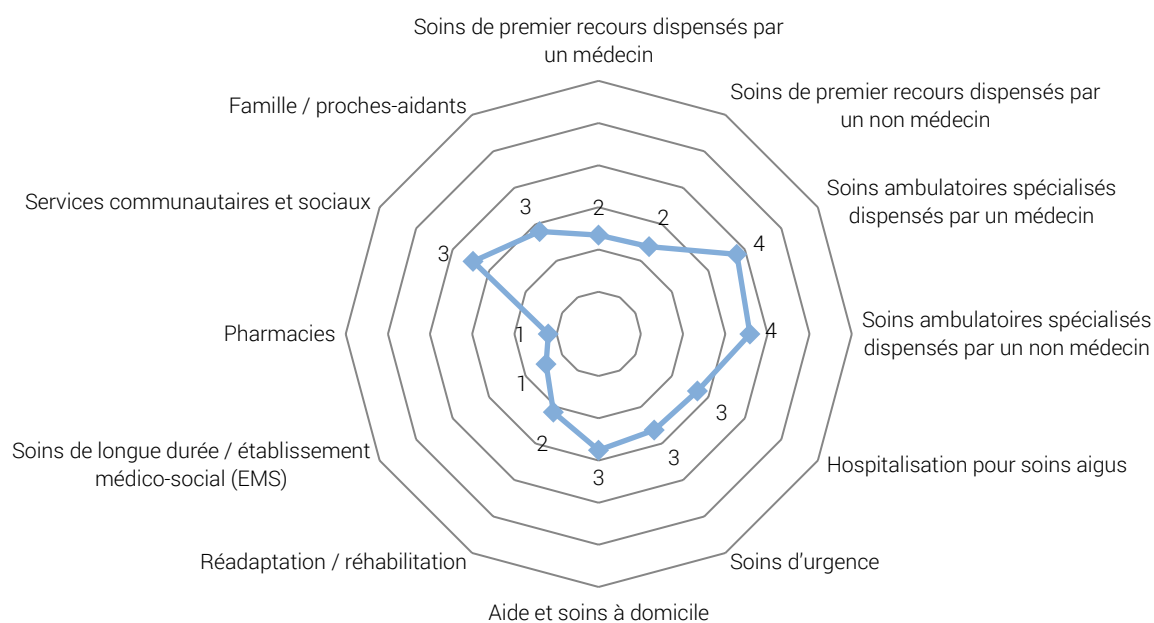
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.18 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Médicaments » (n=8)

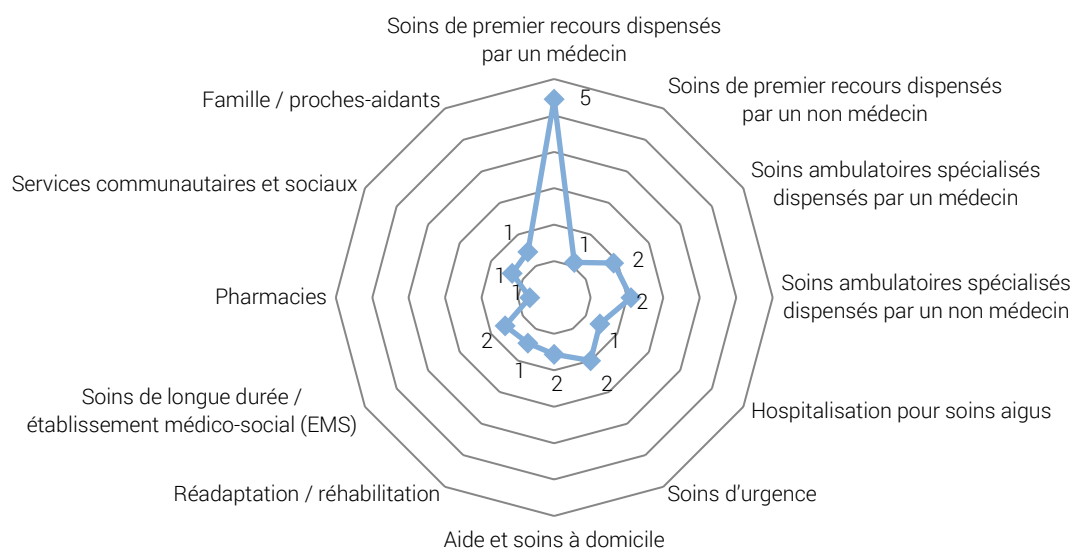
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.19 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Santé mentale & psychiatrie » (n=41)

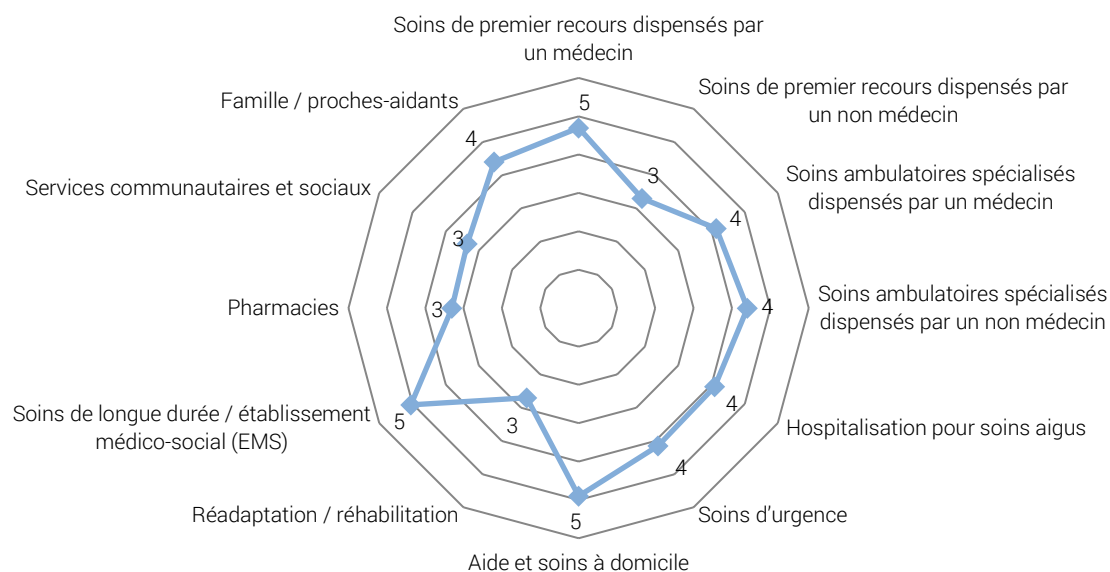
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.20 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Réseaux de médecins » (n=9)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.21 Niveaux de soins ciblés, fréquence moyenne par initiative de la catégorie « Centres de santé » (n=20)

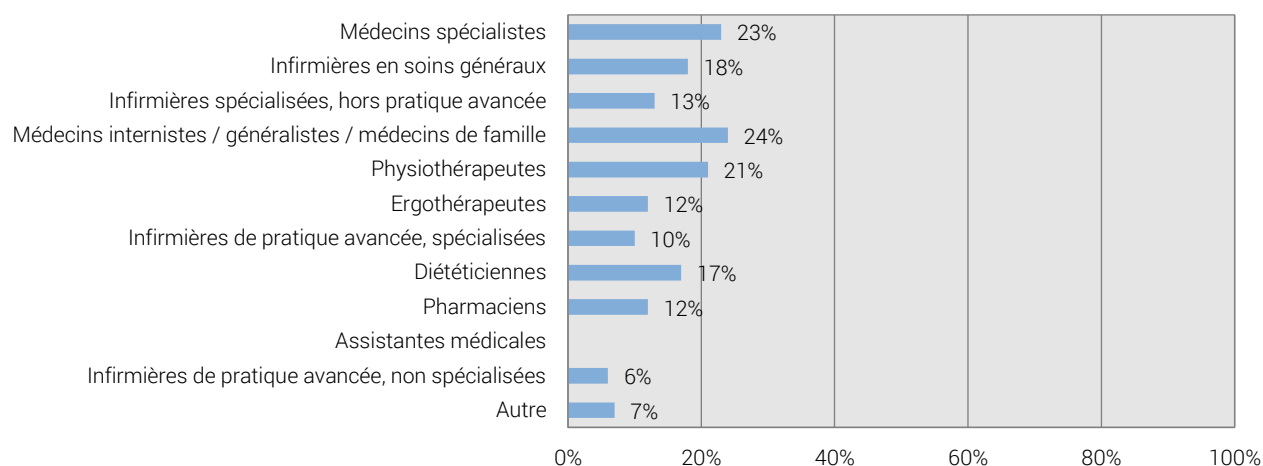
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Annexe 6.9 Implication des professionnels, par paires

(Par « paires », nous entendons deux groupes professionnels au minimum.)

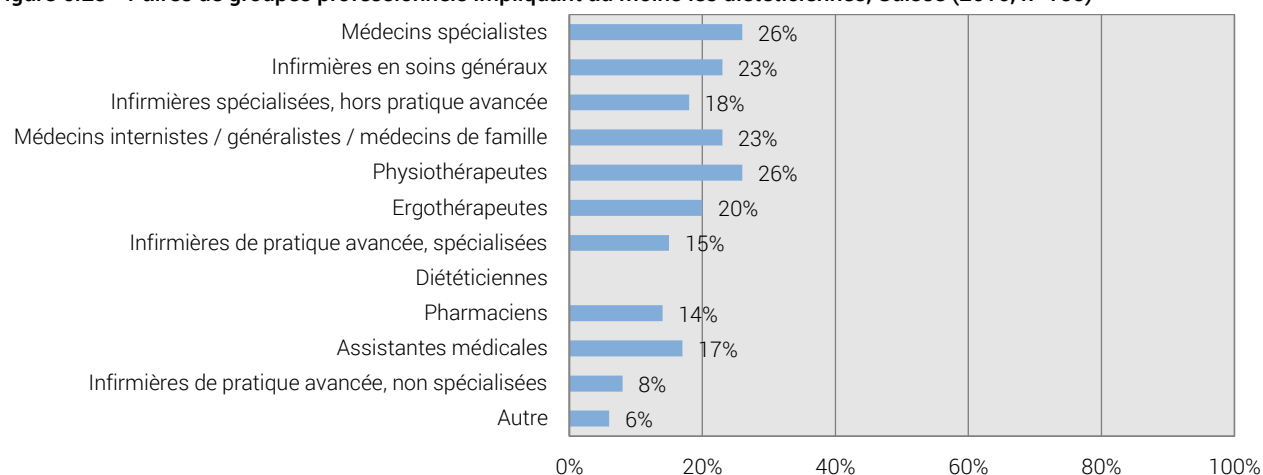
Figure 6.22 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les assistantes médicales, Suisse (2016, n=155)



Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

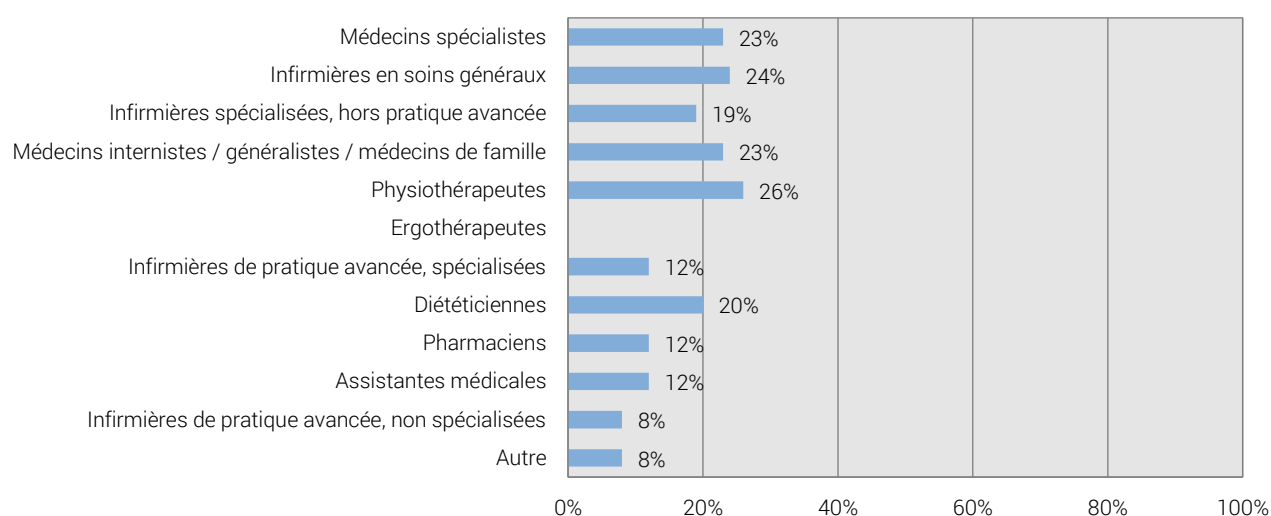
Figure 6.23 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les diététiciennes, Suisse (2016, n=155)



Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

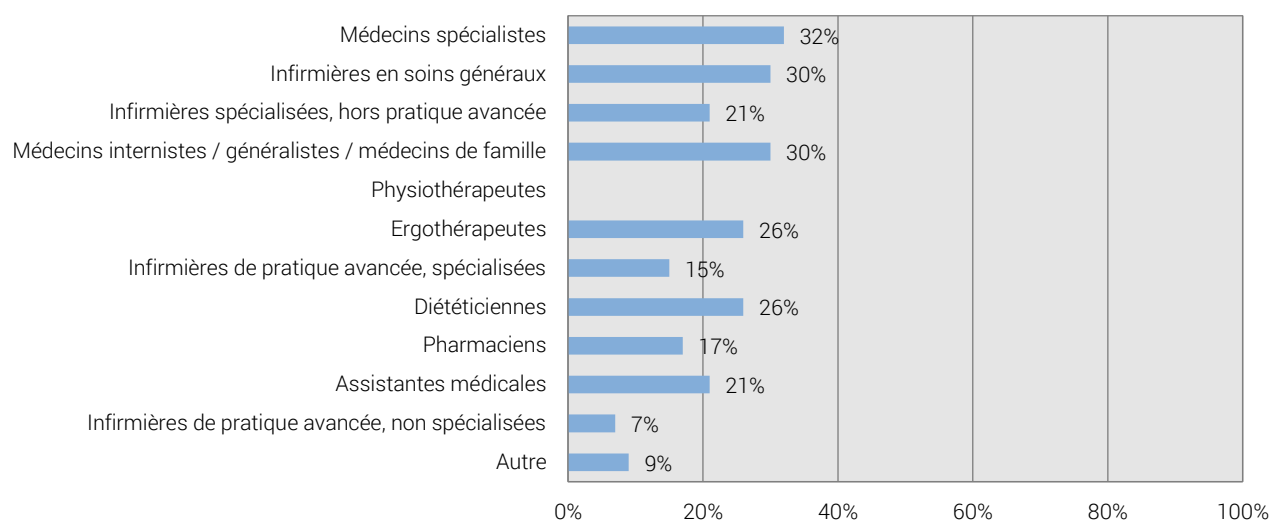
© Obsan 2017

Figure 6.24 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les ergothérapeutes, Suisse (2016, n=155)



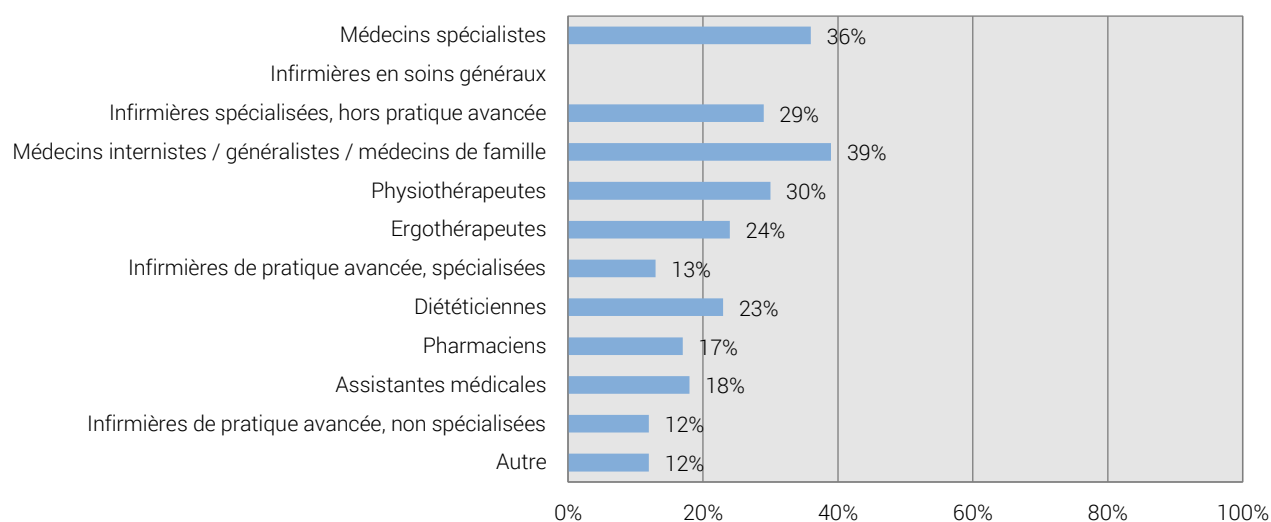
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.25 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les physiothérapeutes, Suisse (2016, n=155)

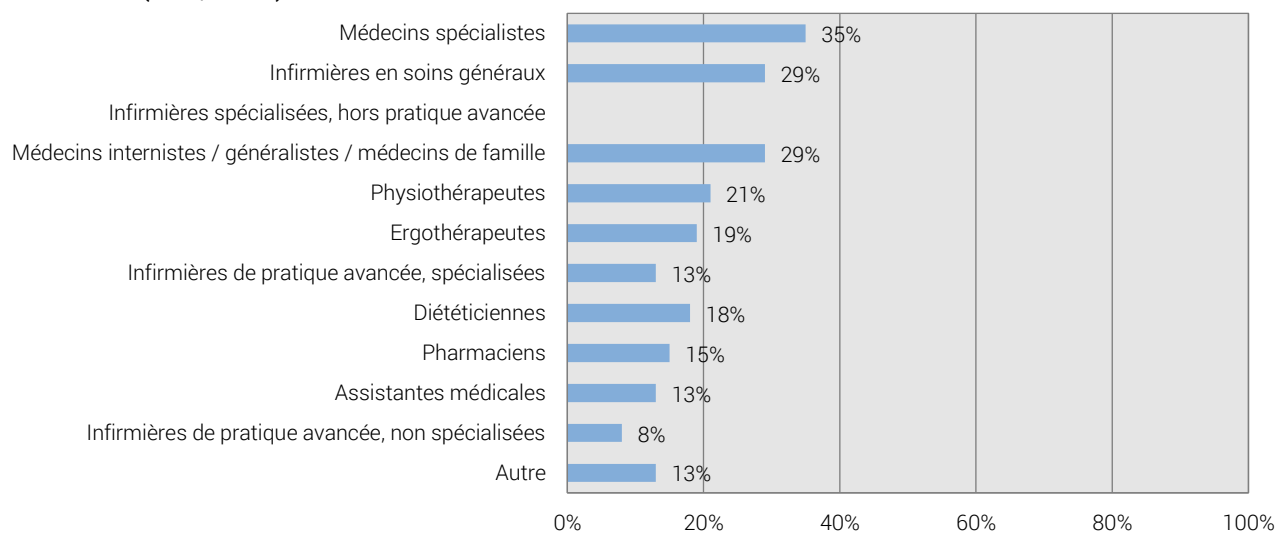
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.26 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières en soins généraux, Suisse (2016, n=155)

Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

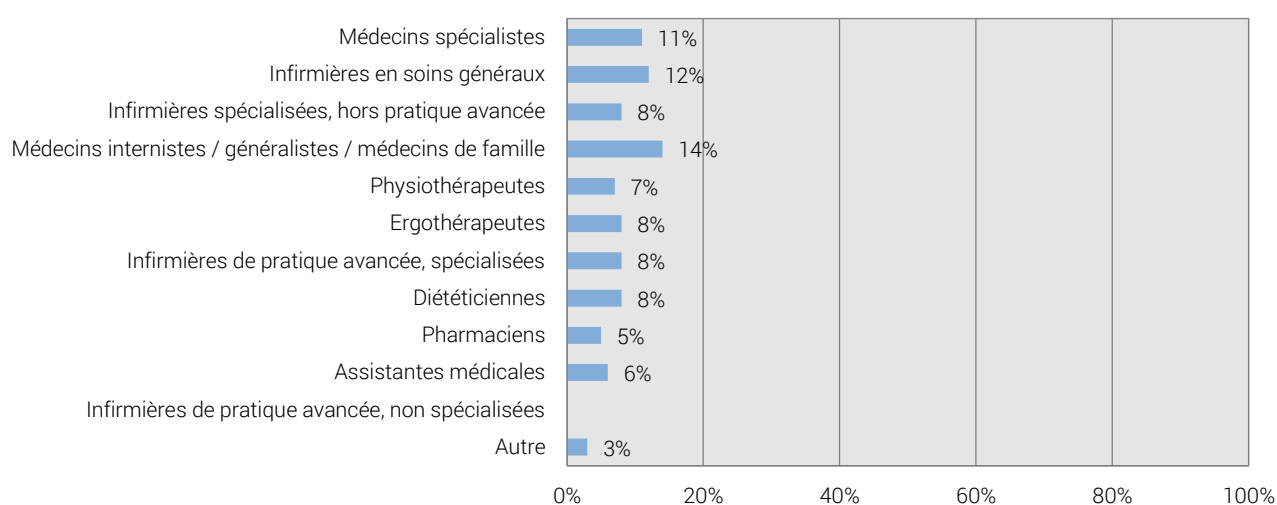
© Obsan 2017

Figure 6.27 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières spécialisées, hors pratique avancée, Suisse (2016, n=155)

Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

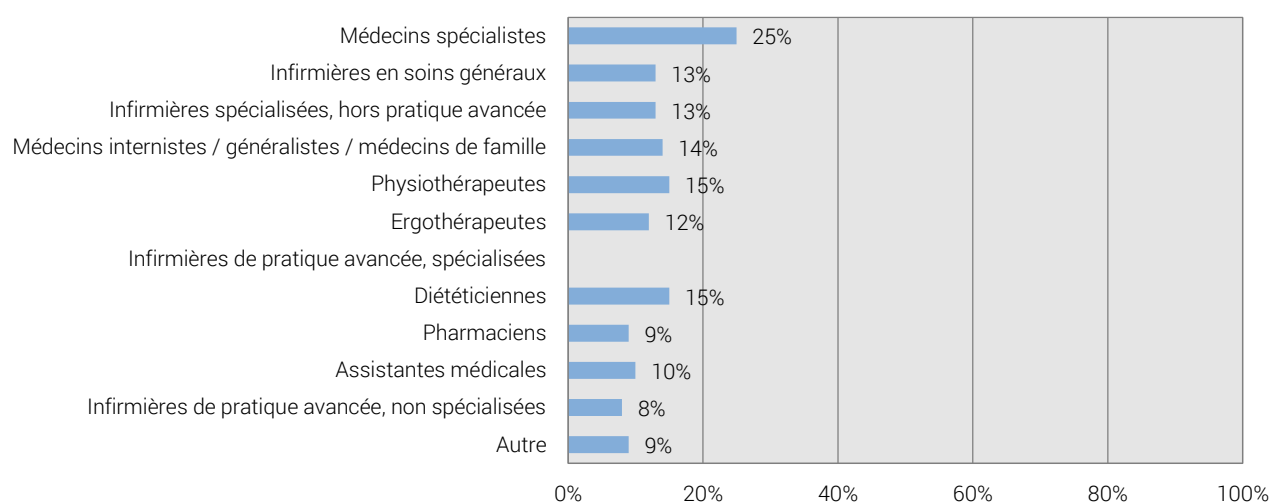
Figure 6.28 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières de pratique avancée, non spécialisées, Suisse (2016, n=155)



Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

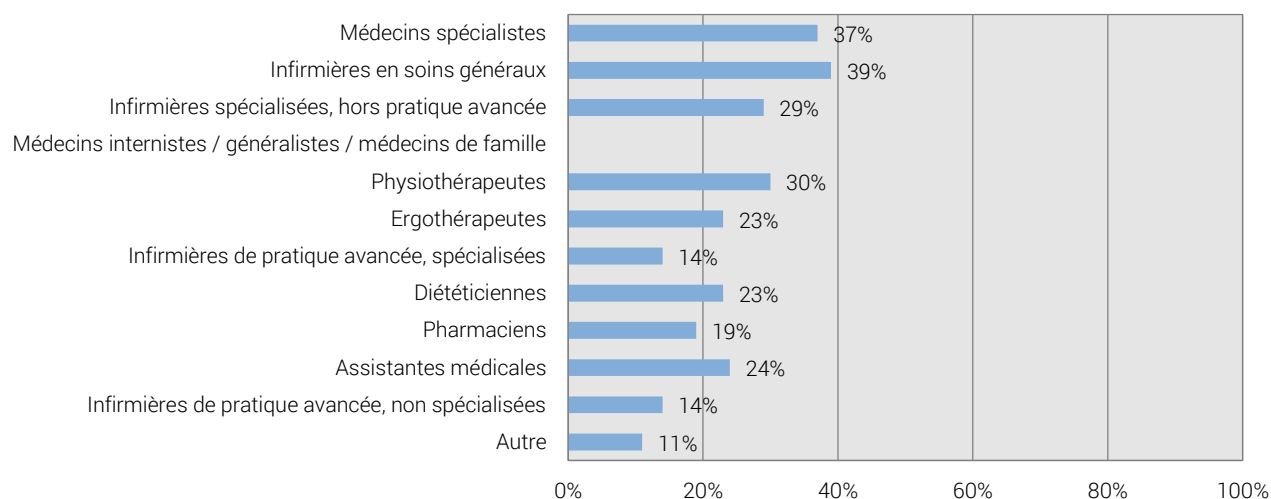
Figure 6.29 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les infirmières de pratiques avancée, spécialisées, Suisse (2016, n=155)



Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

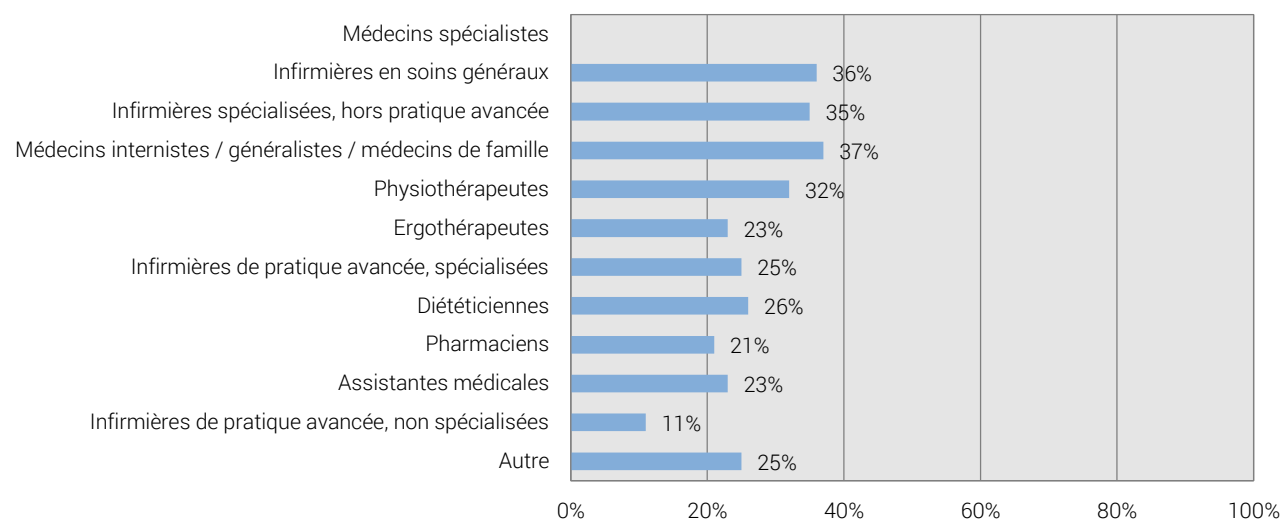
© Obsan 2017

Figure 6.30 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les médecins internistes / généralistes / médecins de famille, Suisse (2016, n=155)



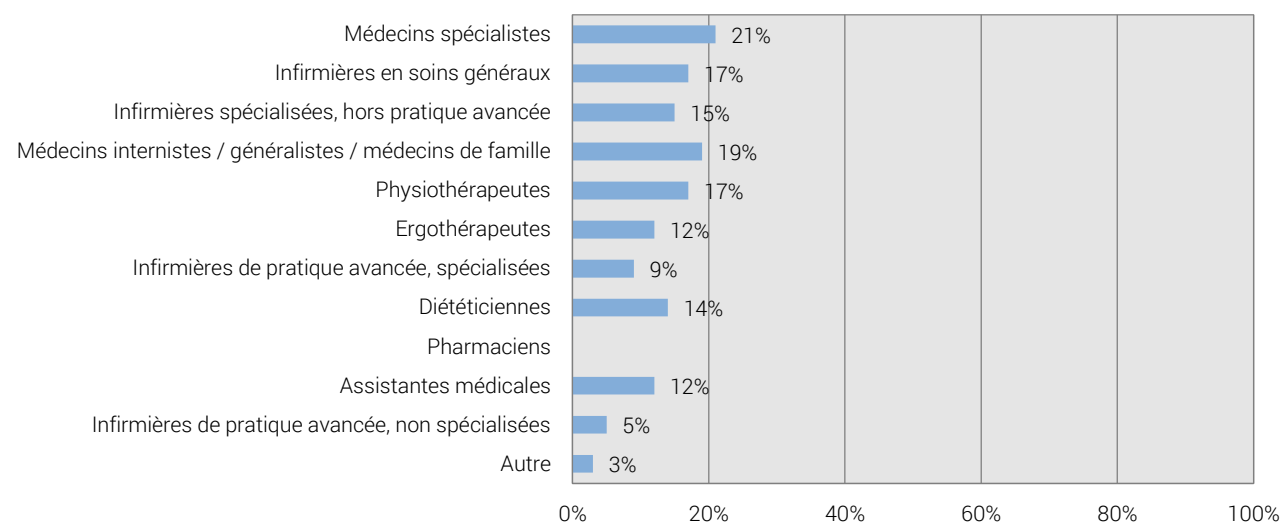
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.31 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les médecins spécialistes, Suisse (2016, n=155)

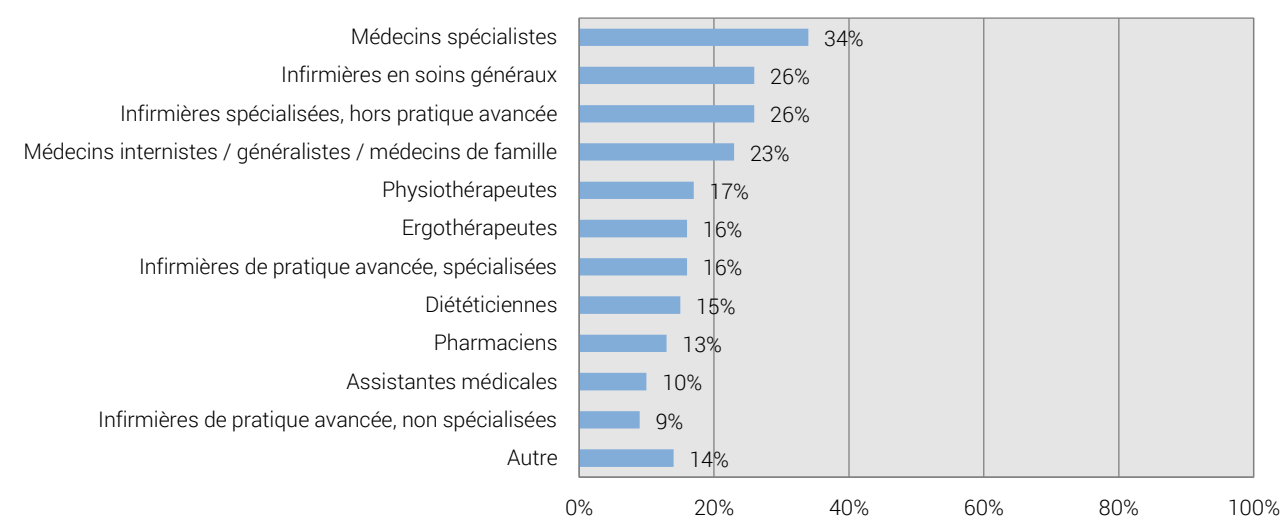
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.32 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les pharmaciens, Suisse (2016, n=155)

Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.33 Paires de groupes professionnels impliquant au moins les travailleurs sociaux, Suisse (2016, n=155)

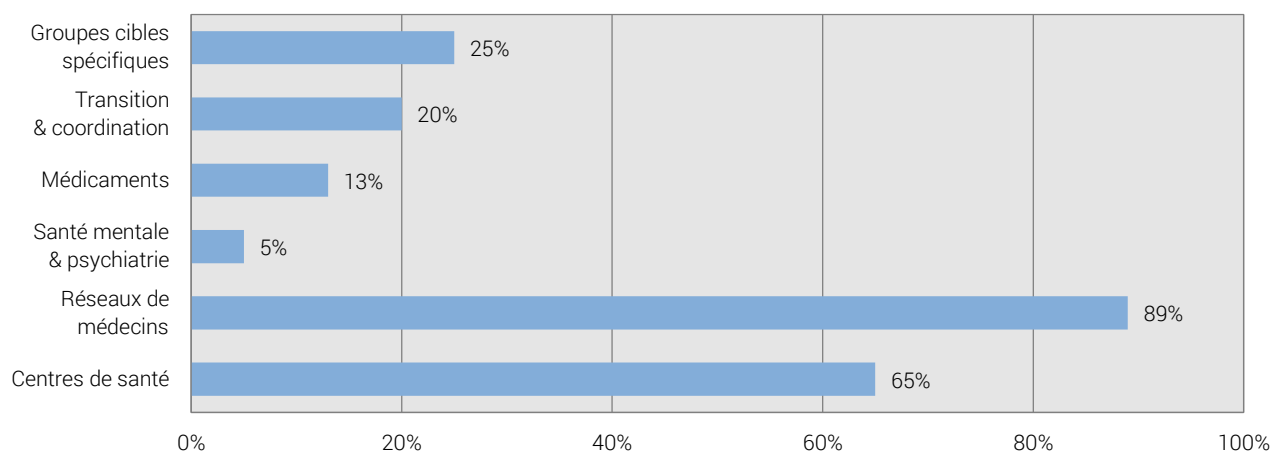
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Annexe 6.10 Implication des groupes professionnels, par catégorie

(Cf. Annexe 6.6, Tableau 6.4) pour les regroupements de professionnels effectués)

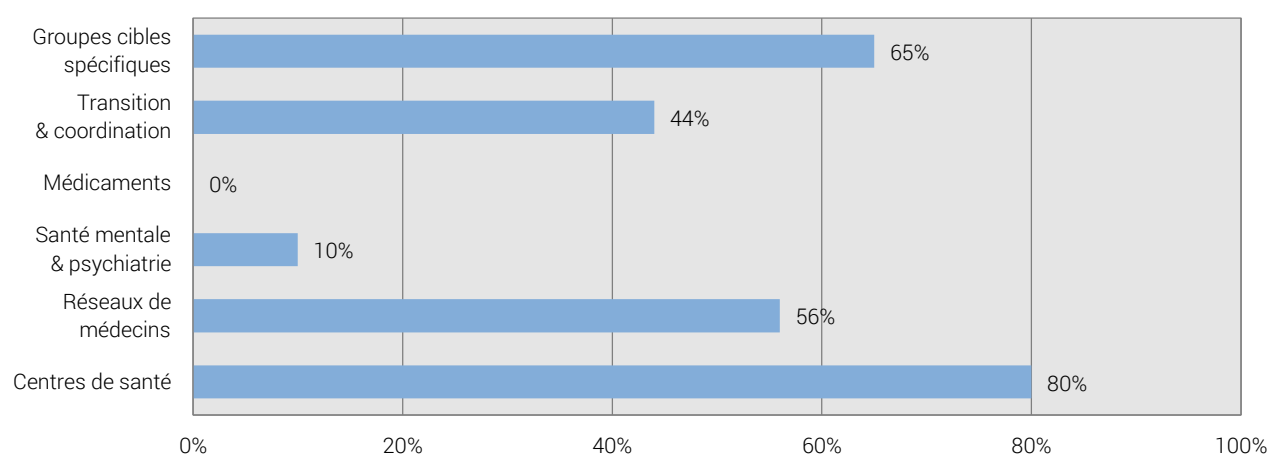
Figure 6.34 Initiatives impliquant des assistantes médicales, % par catégorie (n=155)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

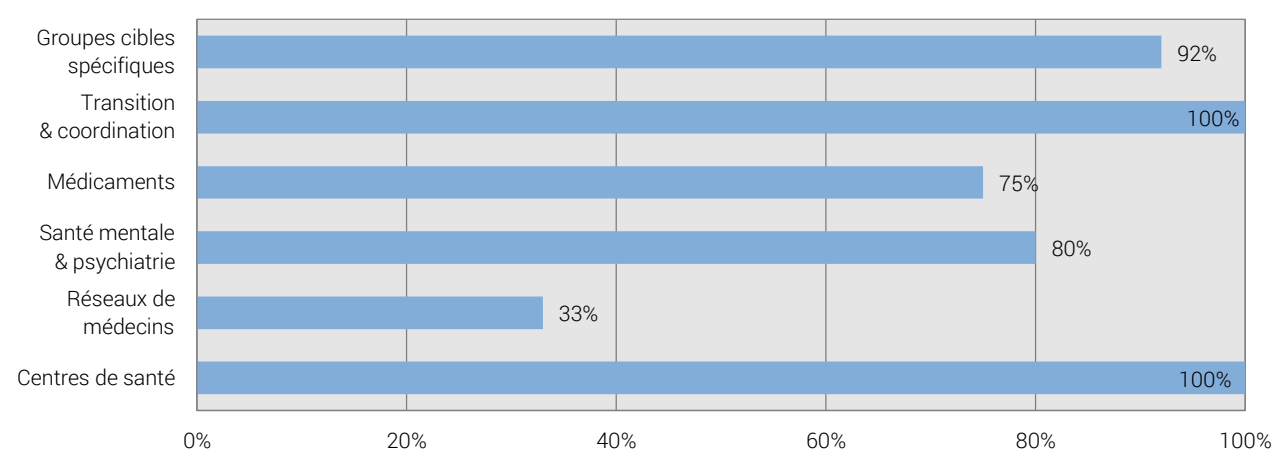
Figure 6.35 Initiatives impliquant des physiothérapeutes / diététiciennes / ergothérapeutes, % par catégorie (n=155)



Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

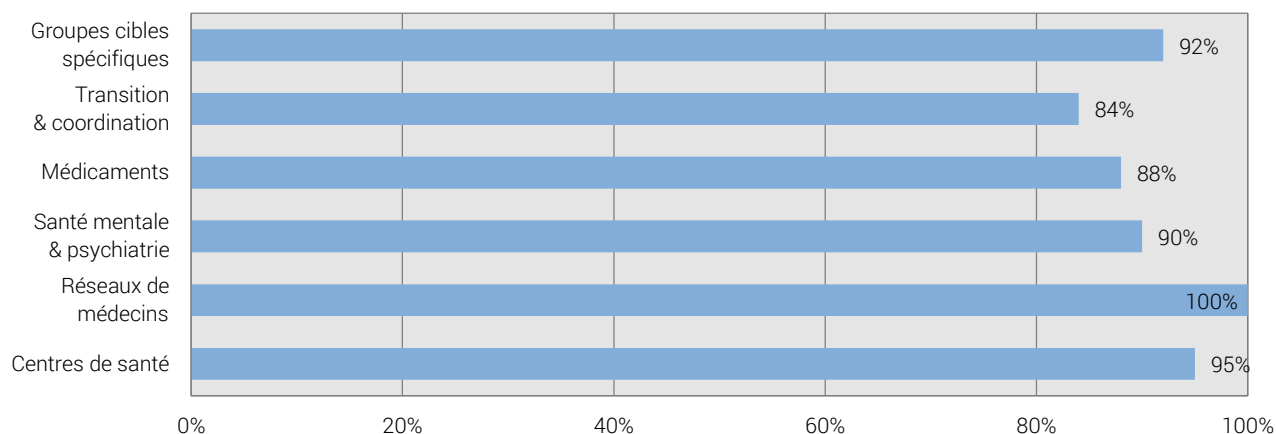
© Obsan 2017

Figure 6.36 Initiatives impliquant des infirmières, % par catégorie (n=155)



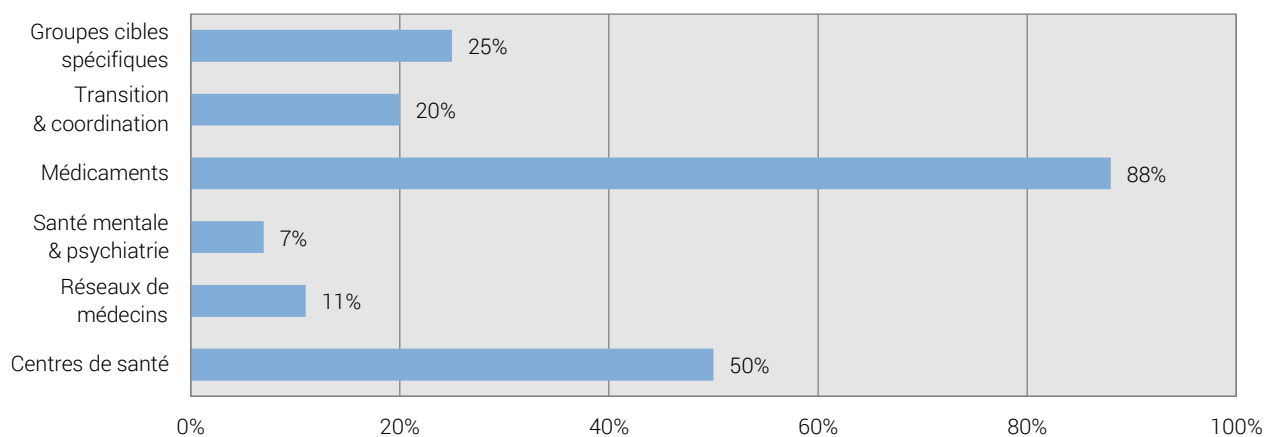
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.37 Initiatives impliquant des médecins, % par catégorie (n=155)

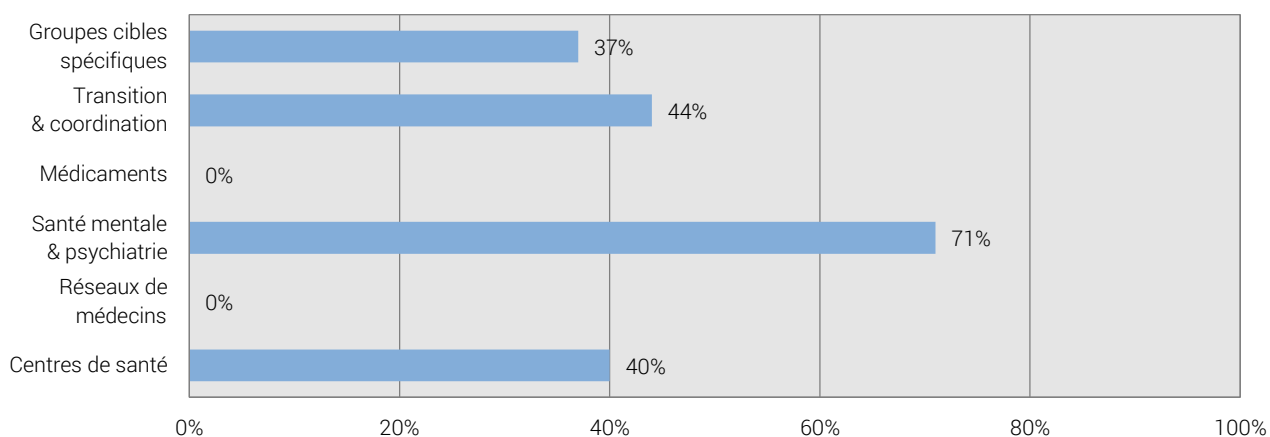
Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.38 Initiatives impliquant des pharmaciens, % par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017

Figure 6.39 Initiatives impliquant des travailleurs sociaux, % par catégorie (n=155)

Source: Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

© Obsan 2017



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.